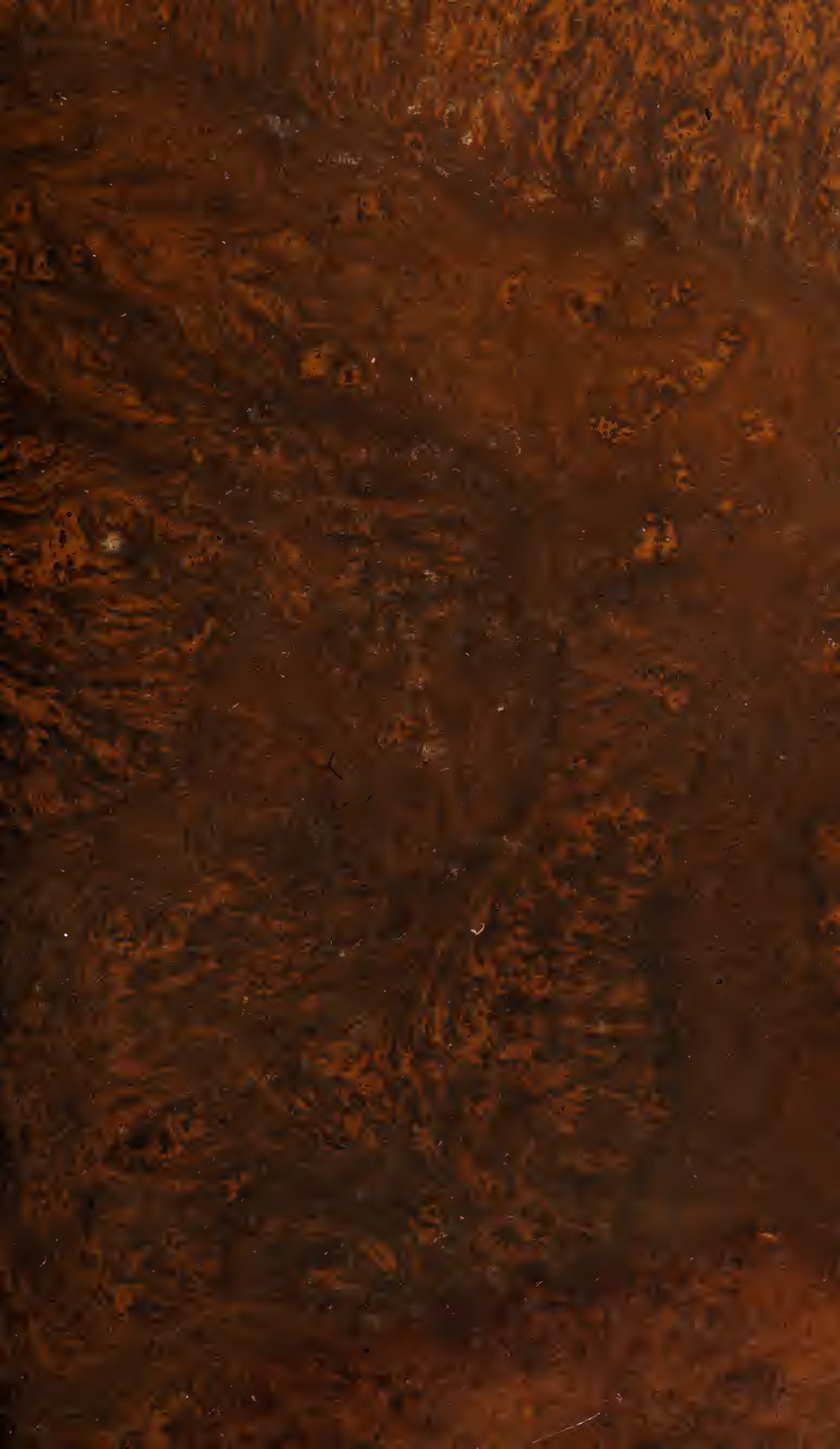


CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HÔPITAL

DE LA PITIÉ.

I.

PARIS.—IMPRIMERIE DE FAIN ET THUNOT,
IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ ROYALE DE FRANCE,
Rue Racine, 28, près de l'Odéon.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HÔPITAL

DE LA PITIÉ.

PAR J. LISFRANC.

TOME PREMIER.



A PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE ET LABÉ,

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Place de l'École-de-Médecine, nº 4.

Novembre 1841.



PRÉFACE.

On a dit que la Clinique devait être le complément des études médico-chirurgicales; j'ai toujours combattu cette vieille et funeste erreur: lorsqu'on commence, en effet, à étudier les maladies dans les livres ou dans les cours théoriques, on s'occupe d'objets que l'on n'a jamais vus; il est difficile, pour ne pas dire impossible, qu'on les saisisse bien dans leurs détails, dans leur ensemble, et qu'on puisse avantageusement les comparer entre eux. On lit, on entend professer des opinions divergentes; elles constituent souvent une grande érudition qui échappe bientôt à la mémoire, parce qu'on n'est pas apte à la comprendre. Que penseriez-vous de ceux qui voudraient d'abord vous faire étudier l'anatomie dans les livres et qui plus tard vous

conseilleraient de l'apprendre sur le cadavre; de ceux qui voudraient vous faire apprécier les expériences et les dissertations des physiologistes, sans vous avoir fait connaître les organes qui entrent dans la composition des corps vivants? Aussitôt que vous posséderez quelques notions d'anatomie, livrez-vous à la Clinique, vos sens seront frappés par les objets que vous confierez à votre mémoire; l'image de ces objets sera plus profondément et plus facilement gravée dans votre cerveau :

Segnius irritant animos demissa per aurem,
Quàm quæ sunt oculis subjecta fidelibus, et quæ
Ipse sibi tradit spectator......

D'ailleurs, tout, pour ainsi dire, paraît simple dans la plupart des livres, où trop souvent les maladies sont décrites exemptes de complications; on y établit fréquemment des diagnostics certains, lorsque, pour les praticiens les plus distingués, il n'existe qu'incertitude et obscurité. Étudiez sur le vivant avec les grands maîtres, vous ne serez pas obligés de refaire votre éducation médicale, et vous les verrez

reculer devant les difficultés; vous vous convaincrez que la science a encore des bornes qu'il n'est permis à personne de franchir, et vous ne serez pas frappés de découragement. Mais n'allez pas croire que nous rejetions les livres, ce sont de trop puissants auxiliaires, surtout lorsque la science s'y trouve philosophiquement établie; cette idée n'aurait jamais pu entrer dans notre esprit.

La Clinique est le tronc commun sur lequel viennent s'enter toutes les branches des sciences médico-chirurgicales auxquelles elle fait porter d'excellents fruits.

L'anatomie, qui est la base la plus solide de toute bonne éducation chirurgicale, rentre essentiellement dans la Clinique : elle nous apprend par exemple que la luette est quelquefois dépourvue de fibres musculaires et que pour dissiper les accidents produits par sa procidence il faut nécessairement la couper; elle nous indique, chez les enfants surtout, le siége des veines superficielles dans la capacité desquelles les morsures des sangsues auraient le grave inconvénient de pénétrer; elle nous montre les va-

riétés de longueur du col du fémur, les angles divers sous lesquels il s'insère sur le corps de l'os, circonstances qu'il faut connaître dans les cas de fractures de ce col. Elle nous fait reconnaître les épiphyses que l'instrument doit ménager ou enlever, suivant l'étendue de l'état pathologique, quand on pratique chez les enfants des amputations dans les articulations. L'application du colon sur les vaisseaux qui viennent du membre abdominal gauche, le passage des deux artères iliaques externes sur la veine de ce nom du même côté, nous servent à expliquer une plus grande lenteur de la circulation veineuse et à découvrir la cause de la plus grande fréquence des ulcères atoniques sur ce membre; l'absence très-commune, dans la saphène interne, de valvules. Depuis la malléole tibiale jusqu'au condyle interne du tibia, justifie encore le développement de ces ulcères; l'étude minutieuse des anfractuosités d'une articulation, de la position, de la longueur et de la largeur des ligaments articulaires, est un guide indispensable et fidèle dans la pratique des désarticulations. Est-il

besoin d'entretenir le lecteur des anomalies artérielles si importantes à connaître? C'est encore l'anatomie qui nous apprend à modifier le bandage employé contre la fracture des côtes, suivant l'étendue relative du diamètre antéro-postérieur de la poitrine; c'est elle qui nous indique le siége du canal crural sur lequel, dans le taxis, les efforts de réduction de la hernie doivent être concentrés; c'est elle enfin qui précise les rapports de l'artère sous-clavière avec le tubercule de la première côte, si utile pour trouver ce vaisseau, etc.

Le chirurgien clinique ne doit pas être étranger à la physiologie : l'absorption produite par les veines lui apprend, lorsque des liquides sont épanchés dans l'économie et que des évacuations sanguines peuvent être pratiquées, à préférer la phlébotomie. Un os étant fracturé, des notions précises sur l'action des muscles indiquent, en général, la position que doit affecter le membre; l'influence de la respiration sur la circulation veineuse, a fait donner le précepte de commander au malade de faire de longues inspirations, surtout quand on pratique une

opération sanglante sur le col; la physiologie expérimentale, qui a rendu de si grands services à la science, a mieux appris le danger de l'introduction de l'air dans les veines et les moyens d'y remédier; c'est elle encore qui nous fait distinguer les nerfs moteurs des nerfs sensitifs, et qui nous enseigne à reséquer les branches de la cinquième paire, afin de dissiper les douleurs intolérables de la névralgie faciale. Les vomissements après l'opération de la cataracte, la dysphagie qui survient quelquefois à la suite de la ligature de la carotide primitive, la douleur que le malade peut ressentir dans le flanc quand on pratique la même opération sur l'iliaque externe, sont expliqués par la physiologie.

L'anatomie pathologique fournit des enseignements d'une telle importance, qu'il est à peine nécessaire de la faire ressortir : elle a prouvé l'existence des fractures incomplètes et des fractures longitudinales des os longs; elle a montré l'enfoncement des os sans solution de continuité, l'absorption du pus par les veines que la saignée générale et la diète absolue peuvent produire,

quand les plaies récentes suppurent. La formation du cal, source si féconde en indications thérapeutiques, les effets des ligatures sur les artères, l'histoire des cancers superficiels qu'on croyait profonds, la possibilité d'extirper la partie inférieure du rectum devenu cancéreux, de réduire considérablement le volume de certaines tumeurs qu'on pensait à tort être carcinomateuses dans toute leur étendue, l'existence autour des carcinômes de ganglions lymphatiques affectés d'engorgements simples et de subinflammation, sont fondés sur l'anatomie pathologique. elle nous a enseigné à distinguer les engorgements appelés vulgairement blancs, en engorgements inflammatoires et non inflammatoires, distinction qui sert de pivot sur lequel roule toute la thérapeutique des ces maladies; elle nous démontre combien nous devons être réservés dans le diagnostic de certaines tumeurs; elle donne tous les jours, en effet, des démentis formels aux chirurgiens assez prétentieux pour vouloir, dans tous les cas, avant l'opération, porter un jugement sur la nature intime de ces mêmes tumeurs.

Mais ce n'est pas assez de posséder des notions

précises sur l'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique; il faut encore étudier avec soin la nature des maladies, leur marche, leurs symptômes, les différentes complications qui peuvent survenir, etc. C'est à l'aide de ces connaissances que l'on parviendra à saisir les indications qu'elles présentent, et à leur opposer une thérapeutique convenable : arrêtons-nous un instant sur ce dernier sujet.

Un agent thérapeutique étant mis en usage, il faut en surveiller l'action d'une manière spéciale, afin d'en apprécier les effets : en général, vous pourrez porter beaucoup plus loin les émissions sanguines dans les affections de poitrine, que dans celles de la boîte osseuse du crâne, où souvent elles irritent trop le système nerveux, et que dans celles de l'abdomen, où la présence de gaz et de matières plus ou moins fétides imprime ordinairement à l'économie un cachet d'asthénie.

L'examen du tempérament ne nous apprendra pas toujours la force de réaction que la nature opposera à nos médications : un sujet dont l'innervation sera très-développée, sup-

portera quelquefois facilement les narcotiques; ils produiront sur lui les plus heureux résultats; un autre individu, chez lequel, au contraire, le système nerveux semblera n'avoir acquis aucune prédominance, pourra être singulièrement excité par ces médicaments, dans quelques cas même, il ne les tolérera pas : un malade paraît faible, il supporte souvent admirablement la saignée; un sujet semble très-fort, l'émission sanguine pour ainsi dire la plus légère écrase quelquefois ses forces : il ne faut donc pas recourir seulement à l'inspection du tempérament, l'on doit s'aider du commémoratif s'il est possible.

Suivant les localités, la thérapeutique éprouve des modifications : on ne purge pas en France comme en Angleterre; la réunion immédiate des plaies réussit presque toujours dans le Midi, en Allemagne et chez les Anglais; à Paris elle échoue ordinairement : honneur soit donc rendu à l'immortel ouvrage du vieillard de Cos!

La thérapeutique devient souvent un moyen puissant de diagnostic : vous attaquez par les antiphlogistiques une tumeur blanche, une exostose, un engorgement du sein; vous diminuez

d'une manière très-notable le volume de ces tumeurs; vous l'augmentez, au contraire, si vous mettez en usage les fondants, les discessifs, les excitants : vous acquérez donc la preuve que l'élément subinflammatoire prédomine dans ces tumeurs.

Mais la saine thérapeutique, dégagée de l'empirisme aveugle, sait manier les médicaments et suit pas à pas leur action; elle en étudie minutieusement les effets trop souvent variés; elle devient ainsi la compagne fidèle de la pathologie, dont les nuances lui servent presque toujours de base. Vous traitez, par exemple, un engorgement non inflammatoire par une médication excitante; elle ne produit aucun effet, vous l'abandonnez au bout de quelques jours : elle détermine une excitation légère sous l'influence de laquelle la tumeur diminue, vous en reprenez l'usage lorsque cette diminution suspend sa marche : elle occasionne une douleur assez forte, elle développe beaucoup de caloricité sur la peau qui couvre les tissus malades, ils augmentent un peu de volume, attendez vingt-quatre heures, et si alors l'irritation un peu trop forte

que vous avez fait naître n'a pas cédé, vous la combattez par les antiphlogistiques : vous suivrez immédiatement la même conduite, lorsque vous aurez produit une forte inflammation qui pourrait déterminer des abcès dangereux et même la gangrène des tissus indurés dont les propriétés vitales faibles ne peuvent pas être impunément exaltées, quand la phlegmasie aiguë n'est pas victorieusement attaquée.

Pendant le traitement des engorgements non inflammatoires à l'aide des excitants, il survient quelquefois une subinflammation, caractérisée par une douleur légère mais continue, par une augmentation de caloricité de la tumeur; fixez soigneusement votre attention sur cet état, car s'il persiste, il peut même un peu augmenter sous l'influence des moyens qui l'ont développé, il faut les cesser et combattre la subinflammation par les antiphlogistiques lorsque après vingt-quatre heures elle n'a pas très-notablement fléchi; elle cède ordinairement avec facilité aux médicaments que nous venons d'indiquer; bientôt la maladie diminue, et l'on revient ensuite aux médications fondantes.

Les épidémies naissent souvent sous l'influence d'un génie particulier; l'illustre Sydenham a insisté sur ce fait important : les symptômes de la maladie sont les mêmes, et cependant les moyens de traitement qui, l'an dernier, ont été couronnés de succès, échouent cette année ; de là la nécessité de varier les médications pour découvrir celle sur laquelle on doit définitivement s'arrêter. On trouvera dans cet ouvrage des preuves irréfragables de la valeur de ce dogme scientifique.

Les maladies chroniques offrent trop souvent une grande ténacité; il faut leur opposer alors de l'opiniâtreté dans l'emploi des moyens à l'aide desquels on les combat : ce précepte n'est malheureusement pas assez connu ; car l'on voit trop souvent que dans un laps de temps qui suffirait à peine pour juger l'action d'un seul médicament, on a épuisé presque toutes les médications qu'un état pathologique pourrait exiger. Nous avons cité des faits à l'appui de l'opinion que nous venons d'émettre.

Ai-je besoin d'insister sur l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie? parlerai-je de l'indispensable nécessité d'examiner scrupu-

leusement l'état des viscères avant de pratiquer, par exemple, l'amputation d'un membre? Dirai-je que le chirurgien doit être essentiellement médecin, s'il veut savoir combattre avantageusement les complications nombreuses qui viennent frapper nos malheureux opérés, s'il veut traiter convenablement les maladies chroniques contre lesquelles on doit manœuvrer comme sur un ennemi puissant et dangereux, contre lesquelles on doit faire quelquefois la guerre du grand Fabius.

La médecine opératoire rentre dans le domaine de la clinique, c'est une branche importante de la thérapeutique chirurgicale; on verra que nous nous en sommes très-sérieusement occupé; que nous avons mis plus d'exactitude peut-être dans la description des méthodes et des procédés opératoires que nos devanciers; que nous avons fait une large et ample justice de ces expressions vagues et ridicules : *oblique de haut en bas, de dehors en dedans, et de gauche à droite.* Nous avons emprunté au système linéaire sa précision presque toujours mathématique, nous en avons généralisé l'emploi. En indiquant

encore l'angle que forme le tranchant du couteau avec l'axe du membre sur lequel il agit, nous avons géométriquement indiqué la direction qu'il devait rigoureusement suivre; ainsi, avec ces deux seules grandes lois de médecine opératoire, on sait combien nous en avons établi d'autres, cette belle science, nous osons le dire, est presque devenue vulgaire; et cependant, on avait écrit que l'on naissait opérateur comme on naissait poëte; erreur étrange et funeste que nous avons heureusement détruite.

En médecine comme en beaucoup d'autres choses, l'esprit de système, d'exclusion et d'exagération a tout brouillé et souvent tout anéanti : sans lui la civilisation et nos sciences seraient infiniment plus avancées : consultez l'histoire, ouvrez les annales de notre art, vous y trouverez la preuve de la grande vérité que j'avance; et cependant, cette vérité est tous les jours méconnue. Pour ne parler que de la médecine, n'a-t-on pas vu un quart de siècle exalter des principes, et le quart de siècle suivant les proscrire? Pourquoi l'intelligence humaine a-t-elle, en général, marché ainsi? parce qu'elle s'est écartée des rou-

tes de l'observation; parce que d'ailleurs, pour beaucoup d'hommes, ce ne sont pas les théories qui résultent des faits bien établis, mais ce sont au contraire ces mêmes faits qui découlent de ces mêmes théories; parce qu'on s'est livré à des explications qui ne reposent ordinairement sur aucun fondement, et qui ont valu à la médecine les sarcasmes amers et souvent trop mérités des philosophes du XVIIIe siècle. A l'exemple de quelques médecins, tâchons de faire suivre à la médecine et à la chirurgie, autant que le permet leur état actuel, la voie tracée par les sciences *physiques* et *mathématiques;* le vœu émis par de Laplace, lors de la création de l'Institut, sera réalisé; fière de sa logique et de ses véritables progrès, la médecine sera alors comptée au nombre des sciences exactes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HÔPITAL

DE LA PITIÉ.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA LUETTE.

Les dimensions de la luette offrent un grand nombre de variétés; j'ai vu deux sujets chez lesquels elle était constituée par un tubercule très-court et fort volumineux; elle manque quelquefois entièrement. Dans d'autres circonstances, cet organe offre la moitié plus de longueur qu'à l'ordinaire : l'on conçoit alors que si le larynx s'élève et se porte en avant, la luette peut facilement atteindre sa partie supérieure. J'ai disséqué un cadavre dont l'uvule était mince comme un fil : je ferai remarquer que dans les cas que je viens de citer la voix n'avait éprouvé aucune altération. Jean Hagendorn rapporte (*Éphémérides des curieux de la nature*)

l'observation d'une jeune fille privée de cet appendice depuis sa naissance; la voix avait conservé son timbre normal. Wollgnadius parle, dans le même recueil, d'une luette bifide; il existait en même temps bec-de-lièvre. On a vu assez souvent la division de cet organe avec ou sans écartement de la voûte palatine; la lèvre supérieure peut aussi être divisée. J'ai été consulté à Paris par un jeune homme dont la luette seulement est bifide. D'après la loi de symétrie de M. Serres, tous les organes situés sur la ligne médiane se développent, chez le fœtus, de dehors en dedans; ils présentent deux segments qui, d'abord isolés, marchent à la rencontre l'un de l'autre et finissent ordinairement par se réunir. Mais par une anomalie qui malheureusement n'est pas assez rare, cette réunion n'a quelquefois pas lieu; ainsi la luette est bifide, le voile du palais est divisé, l'écartement de la voûte palatine et le bec-de-lièvre se font observer : c'est par cette belle découverte qu'on explique le spina bifida, les hernies à travers le sternum et le sacrum, l'état bilobé de la prostate, dont j'ai montré plusieurs exemples, etc.

La luette peut être déviée; cette déviation devient permanente quand cet appendice est induré.

L'organe dont nous nous occupons est-il très-mince; est-il représenté par un tubercule; une dissection soignée m'a prouvé qu'il était uniquement composé de la membrane muqueuse et d'un grand nombre de follicules. Je regarde comme cause constante de sa proci-

dence son état bifide et l'absence des muscles palato-staphylins dans son épaisseur; ainsi toute espèce de médication propre à la relever devient absolument inutile dans les cas que nous venons de citer.

La luette manque chez presque tous les animaux; mais un fait qui prouve encore en faveur du beau système des analogues de M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire, c'est l'existence du rudiment de cet organe, que la nature semble d'ailleurs avoir voulu remplacer chez eux en prolongeant davantage en arrière le voile du palais. Sur le singe Rhésus, cette disposition est telle qu'il dépasse de quelques millimètres (quelques lignes) l'orifice supérieur du larynx; elle est beaucoup moins prononcée sur le cheval et le bœuf, moins encore sur le mouton et le chien; enfin elle offre un développement un peu moindre sur le cochon d'Inde, le lapin, l'écureuil, le porc-épic et la souris : mais tous ces animaux, abstraction faite du singe, marchent la tête inclinée vers le sol; les narines antérieures donnent ainsi aux mucosités nasales un écoulement trop facile pour qu'elles se portent dans le pharynx; d'ailleurs les rapports de distance qu'ont entre eux le bord libre du voile du palais et l'orifice supérieur du larynx semblent indiquer d'une manière positive que quand l'animal aspire une très-grande quantité d'air dans les fosses nasales, afin d'en chasser le mucus dans l'arrière-gorge, la glotte se porte en avant et se trouve sous le voile du palais.

M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire, recherchant

en 1819 quelles sont en particulier les conditions organiques du fœtus chez un didelphe marmose, *didelphus murina*, fit dessiner les dispositions suivantes. Il n'y a point de cordon ombilical chez le fœtus des marsupiaux; mais la tétine de la mère, qui grandit outre mesure, le supplée en s'engageant très-profondément dans la bouche de son petit. A un second âge de la suspension du fœtus, la tétine n'est plus un cordon ombilical; elle se rompt au point où elle est engagée dans le palais du fœtus. Restreinte alors à la condition et à la fonction d'une véritable tétine, elle ne fournit plus du sang comme dans le premier âge, mais du lait. C'est un sujet, dans cette seconde époque ou dans la lactation, que M. Geoffroy a observé; il faut remarquer que ce sujet était contraint, dans le commencement de cette seconde époque, à vivre du lait de sa mère sans quitter la tétine. Pour que les deux fonctions de la respiration et de la lactation puissent s'exécuter simultanément, voici le singulier arrangement qui existe : le larynx est terminé par un col évasé, dont le pourtour se prononce en une sorte de petit bourrelet; tout cet ensemble est introduit dans les arrière-narines; ainsi le larynx est placé sur le voile du palais; de cette manière la respiration du jeune didelphe se fait par les narines et le larynx; lorsque la succion de la tétine remplit la bouche et le pharynx de lait, ce liquide glisse le long du larynx, dont le collet ou bourrelet forme un ressaut qui ménage de chaque côté une très-petite issue pour le trajet de la

substance alimentaire. La lactation achevée, le larynx descend sous le voile du palais, les narines deviennent libres, la respiration et la manducation sont, comme partout ailleurs, des actes nécessairement successifs; on sait que dans les cétacés le larynx, en forme de pyramide, reste engagé dans les arrière-narines pendant tout le cours de la vie de ces animaux.

La luette est formée par les muscles palato-staphylins, dont les fibres adossées se séparent à mesure qu'elles s'approchent davantage du bout de l'organe; ce prolongement est recouvert par une membrane muqueuse; sous elle existe un tissu cellulaire serré parsemé de petites glandes, dont l'organisation ressemble à celle des tonsilles et à la couche de cryptes agglomérés que l'on rencontre sous le tissu muqueux du voile du palais des animaux et surtout du cheval. L'extrémité libre de l'appendice que nous étudions m'a paru dépourvue de fibres musculaires; j'y ai souvent trouvé trois follicules muqueux très-développés, bien distincts et susceptibles d'augmenter au point que la luette peut alors offrir au moins un tiers en sus de sa longueur ordinaire. Boyer a vu sur sa pointe une petite tumeur transparente, produite par une accumulation de sérosité.

Souvent cet appendice se ramollit, surtout vers son sommet; il présente quelquefois l'organisation des polypes muqueux des fosses nasales; il est sujet à la paralysie; il serait inutile de dire qu'il peut s'enflammer, devenir œdémateux, squirreux, carcinomateux et

même cartilagineux. Il est fréquemment à l'état de procidence.

Examinons quelles sont ses fonctions. On a dit qu'il concourt 1° à la formation de la voix; 2° à l'articulation des sons : l'observation de Hagendorn détruit la première de ces propositions, et beaucoup d'individus auxquels j'ai enlevé entièrement cet organe m'ont fourni la preuve que la seconde n'était pas plus admissible. Plusieurs médecins savent que des ulcères vénériens ont détruit l'épiglotte, les piliers du voile du palais et la luette à l'un des acteurs les plus distingués de la scène lyrique, et que cependant le timbre de la voix n'a rien perdu de sa souplesse et de sa fraîcheur. Comme l'a observé Biett, si la voix est altérée dans certains cas de syphilis ayant détruit la luette, cette altération n'est pas due à la destruction de cet organe, mais bien au principe morbide qui a laissé sur le voile du palais ou ailleurs une de ces atteintes profondes contre lesquelles le temps et les médications ne peuvent rien. Je crois avec Richerand que la luette est destinée à prévenir le pharynx de l'arrivée des aliments ; il est certain que le grand nombre de follicules qu'elle contient fournit beaucoup de mucus propre à faciliter le passage du bol alimentaire.

Mais la luette n'est-elle pas chargée d'autres fonctions? Je l'ai déjà fait entrevoir. Lorsque nous voulons chasser dans le pharynx les humeurs sécrétées par la membrane de Schneider, nous fermons la bouche, nous ou-

vrons les narines antérieures et nous introduisons la plus grande quantité possible d'air dans les fosses nasales; ce gaz doit traverser difficilement ces cavités, pour qu'il s'applique avec plus de force sur leurs parois et pour qu'il les balaye mieux; afin d'atteindre ce but, le voile du palais se porte en haut et en avant; la luette à l'état sain suit ce mouvement; située sur la ligne médiane comme le larynx, elle forme une espèce de digue, qui projette à droite et à gauche les corps étrangers qui tomberaient dans la cavité de cet organe. Le prolongement musculo-membraneux du voile du palais a donc pour usage d'empêcher les mucosités nasales de pénétrer dans la glotte. Il est d'ailleurs disposé de telle manière que lors de son élévation il forme deux gouttières latérales inclinées en dehors.

Les preuves à l'appui du nouveau fait physiologique que je viens d'énoncer, et que j'ai consigné dans mon Mémoire publié en 1823 (voyez *Revue médicale*), sont nombreuses. Je vais les soumettre au lecteur. 1° Il suffit de se placer devant une glace, d'ouvrir la bouche, d'aspirer beaucoup d'air, pour voir le voile du palais et la luette exécuter les mouvements que j'ai indiqués; 2° le rudiment de ce dernier organe que présentent les animaux est d'autant plus marqué qu'ils ont la tête moins souvent inclinée vers le sol et qu'ils se rapprochent davantage de l'homme : ainsi chez l'orang-outang roux, dont l'organisation ressemble le plus à la nôtre, il existe presque une luette; chez les singes rhésus, déjà très-éloi-

gnés de l'espèce humaine, on en voit à peine quelque trace : mais nous l'avons déjà dit, la nature semble ici avoir suppléé l'appendice musculo-membraneux du voile du palais en prolongeant celui-ci derrière l'orifice supérieur du larynx. Nous avons aussi fait observer que dans les espèces dont les orifices antérieurs des narines sont presque toujours très-déclives et donnent au mucus un écoulement facile par leurs capacités, le voile du palais s'étend encore plus loin dans le pharynx que chez l'homme; nous ajouterons que si ces animaux chassaient les mucosités dans l'arrière-gorge, leur mâchoire inférieure se rapprocherait de leur cou, leur larynx se porterait en avant et serait couvert par le voile du palais. 3° Lorsque la luette est à l'état de procidence complète, ou lorsqu'elle a été entièrement enlevée, j'ai observé que le mucus nasal porté dans l'arrière-gorge pénétrait dans la glotte si l'aspiration ne s'exécutait pas avec beaucoup de lenteur et de précautions.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que le beau fait d'anatomie comparée découvert par M. le professeur Geoffroy-Saint-Hilaire vient encore à l'appui des idées que nous venons d'émettre sur les fonctions de la luette. Si l'on nous demandait pourquoi le larynx situé dans les arrière-narines ne reçoit pas les mucosités nasales, nous répondrions que la nature a obvié à cet inconvénient en perçant le bourrelet laryngé à son centre ; ainsi l'orifice du larynx est assez élevé pour être à l'abri du mucus nasal, qui glisse sur ses côtés.

La procidence de la luette peut entretenir ou produire une inflammation de la gorge; Guillaume Beckers rapporte qu'un chevalier romain était sujet à cette maladie : tous les moyens de l'art avaient échoué; l'on fit l'excision de l'uvule et le malade fut guéri; seulement la voix resta un peu rauque. La chute de cet organe détermine encore une sensation incommode qui provoque la déglutition, des nausées et une toux très-fatigante. Je crois que si la déclamation et le chant occasionnent des phlegmasies aiguës ou chroniques du poumon et du larynx, il est évident que ces maladies devront se développer plus facilement lorsque des quintes fréquentes de toux chasseront l'air brusquement des voies aériennes : je pense que l'on néglige trop la cause qui nous occupe, car c'est en la détruisant que j'ai souvent guéri, lorsqu'on avait épuisé sans succès tous les moyens ordinaires. Nous ajouterons à ces données que l'excision de la luette est quelquefois le plus sûr et même le seul moyen de combattre victorieusement certaines gastrites chroniques : l'on conçoit en effet que le chatouillement de l'arrière-gorge produira et entretiendra souvent les irritations de l'estomac.

Quand la procidence de la luette a pour cause une inflammation aiguë, Celse conseille la diète, la saignée et les laxatifs; il veut que la tête soit élevée et bien couverte. On peut ajouter à ces moyens les gargarismes émollients, auxquels il faudrait renoncer si le malade éprouvait trop de douleur en se gargarisant. Les pédi-

luves sinapisés conviendraient encore, ainsi que les lavements purgatifs.

Que la phlegmasie soit à l'état aigu ou chronique, on conseille de cautériser, dans tous les cas, avec le nitrate d'argent fondu, ou bien encore on met en usage le gargarisme suivant :

Eau commune.	Demi-litre.
Sulfate acide d'alumine.	Deux ou quatre grammes (demi-gros ou un gros).
Sirop de mûres.	Quatre-vingt-dix grammes (trois onces).

Ces moyens sont très-avantageux lorsque l'inflammation de l'arrière-gorge est encore légère, comme aussi lorsqu'elle est à l'état chronique. La phlegmasie est-elle déjà très-développée, continue-t-elle à augmenter sur un individu robuste chez lequel il existe beaucoup de réaction, les médicaments que nous venons d'indiquer peuvent réussir, mais l'expérience m'a démontré qu'ils augmentaient souvent la maladie. Pour y recourir dans les phlegmasies aiguës déjà très-développées, surtout chez les sujets forts, il faut attendre qu'elles aient été un peu diminuées par les antiphlogistiques ou qu'elles soient arrivées depuis au moins vingt-quatre heures à leur summum d'intensité. Ces principes s'appliquent à la membrane muqueuse oculaire enflammée, etc. Je répète que si l'on ne suit pas les indications que je viens d'établir, on s'exposera à de graves accidents.

La luette est-elle affectée d'inflammation chronique

ou d'engorgement séreux, est-elle frappée de paralysie, l'on porte sur elle avec une petite cuiller du poivre ou du gingembre; on sait que ces moyens ont souvent réussi lorsque l'uvule n'a pas subi de transformation organique et quand elle n'est pas trop volumineuse; ces distinctions, comme tant d'autres, ont échappé à un auteur moderne qui a essayé de ridiculiser les moyens dont nous nous occupons. Les états pathologiques que nous venons d'indiquer pourraient être combattus avantageusement par une cautérisation légère.

La chute de l'appendice musculo-membraneux résiste à l'emploi de toutes les médications : il faut enlever cet organe comme dans le cas où il est squirreux et carcinomateux.

La ligature de la luette est abandonnée, je ne m'en occuperai pas.

Presque tous les auteurs conseillent de n'enlever que la moitié de la luette lorsque l'état pathologique ne s'étend pas plus loin; j'ai observé que souvent alors cet appendice s'engorgeait, s'allongeait de nouveau, et que l'on était obligé de l'exciser une seconde fois; je crois, d'après un très-grand nombre de faits, qu'il est préférable de l'enlever complétement : j'ai prouvé plus haut que la voix et la parole n'en éprouvaient aucune altération. On a avancé à tort dans le grand *Dictionnaire des Sciences médicales* que la luette concourait à la formation de certains sons, surtout à la prononciation de la lettre R, que l'on ne peut plus articuler lorsque

cet organe a été enlevé. Tous les médecins sont convaincus qu'Aphrodisée trompa la confiance publique lorsque, sous Antonin et Sévère, il se rendit célèbre en voulant inspirer la crainte de voir mourir phthisiques ceux dont la luette serait coupée à sa base. L'expérience m'a démontré que l'opération ainsi pratiquée n'avait que le léger inconvénient de permettre aux mucosités nasales de tomber plus facilement dans le larynx : or, cet inconvénient ne peut pas être mis en balance avec ceux qui résultent de la récidive de la maladie et d'une seconde excision. Quant au fait cité par Woidel d'un individu chez lequel les aliments solides et les boissons montaient dans les fosses nasales, nous croyons que le voile du palais n'exécutait pas facilement ses fonctions; car lorsque, pour extraire des polypes des fosses nasales, le chirurgien porte par la bouche et le pharynx son doigt indicateur dans les narines postérieures, il s'assure très-facilement que le voile du palais à l'état normal suffit seul, lorsqu'il se porte en haut et en avant, pour empêcher toute espèce de communication entre les fosses nasales et l'arrière-gorge. J'ai émis ces idées dans mon mémoire publié en 1823 (*Revue médicale*); quoiqu'on ait lu ce mémoire, car on m'a fait l'insigne honneur de me citer une seule fois, on les a passées sous silence comme tant d'autres, afin probablement de donner comme une invention, en 1832, de couper la luette à quelque distance de sa base.

On a proposé un grand nombre de moyens pour

exciser la luette; nous croyons ne pas devoir en faire ici l'historique; nous rejetons même les ciseaux de Percy et les staphylotomes de MM. Rousseau et Bennatti. Il est au moins inutile de multiplier les instruments de chirurgie quand on peut facilement les remplacer.

Quels que soient les ciseaux dont on se servira, leur pointe sera mousse : les courbes sur le plat laissent moins facilement échapper d'entre leurs branches les corps qui y sont logés; ils méritent la préférence : nous croyons qu'on doit saisir la luette avec de petites pinces fenêtrées, dont les faces correspondantes des mors sont dentelées. Je propose pour exciser la luette de mettre en usage le procédé opératoire suivant.

Le malade est assis sur une chaise; il appuie sa tête sur la poitrine d'un aide, qui la maintient avec ses deux mains placées sur le front; la bouche est largement ouverte : le chirurgien saisit la luette avec les pinces fenêtrées; il se sert de la main gauche : il attire l'uvule en avant et la porte vers le côté droit de la bouche; ainsi les ciseaux peuvent être placés presque transversalement dans cette cavité; l'organe malade est engagé entre leurs branches presque jusqu'à leur articulation; d'un seul coup il est facilement et complétement coupé. Il serait inutile de démontrer la supériorité de ce procédé opératoire que j'ai imaginé en 1816 et que j'ai décrit dans mon mémoire en 1823 (*Revue médicale*). Ce procédé est décrit et adopté en 1832 par M. Vel-

peau, auquel il a plu de ne pas citer le nom de l'auteur. C'est là une nouvelle galanterie de notre aimable confrère.

S'il est des cas de paralysie dans lesquels l'excision de la luette n'est pas douloureuse, il en est aussi où les malades souffrent beaucoup.

Lorsque la luette a été coupée, il faut s'occuper à combattre l'angine chronique qui ordinairement existe encore et qui pourrait persister; en négligeant ce principe, on s'expose à voir souvent résister la raucité de la voix.

APPLICATION DES SANGSUES

SUIVANT LES LOCALITÉS.

L'épaisseur de l'épiderme à la paume des mains et à la plante des pieds empêche ordinairement les sangsues d'y mordre.

Les cicatrices que laissent les petites plaies produites par ces annélides sont souvent très-apparentes; aussi l'on s'abstiendra, autant que possible, de les placer sur des parties habituellement découvertes, et lorsqu'on ne pourra pas faire autrement, on les choisira petits.

Chez les enfants et chez les femmes, dont la peau est très-fine, on évitera le trajet des grosses veines, dans la crainte d'une hémorragie difficile à arrêter.

Lorsqu'on applique les sangsues sur la face, elles y produisent souvent de l'œdème ou même un érysipèle.

La sympathie qui existe entre un viscère et les parties de la peau qui lui correspondent exige qu'en général on pose sur elles les sangsues.

Si l'on applique ces annélides, même en très-grand nombre, sur le petit angle de l'œil, ils produisent presque toujours un érysipèle ordinairement œdémateux; ils ecchymosent les paupières et peuvent beaucoup aggraver une ophthalmie aiguë : on doit les mettre sur la tempe, le long de la racine des cheveux, et au besoin derrière les oreilles, où ils agissent tout aussi bien; ils sont très-avantageux sur les apophyses mastoïdes contre les inflammations des méninges, à cause du dégorgement des veines qui pénètrent dans la boîte osseuse du crâne.

On conseille de poser des sangsues sur la face interne des paupières; elle est trop peu étendue pour que leurs morsures soient en assez grand nombre et pour que le sang coule assez abondamment, surtout dans le cas de phlegmasie aiguë : s'il s'agit même d'une inflammation chronique, j'ai vu souvent cette pratique, que je condamne, produire des accidents inflammatoires très-graves.

Une inflammation de la gorge existe; on met les sangsues sur le cou : elles y pratiquent des plaies qui laissent après elles des cicatrices fort désagréables, surtout chez les femmes. L'expérience m'a démontré

qu'appliqués contre les phlegmasies du pharynx ou du larynx, ces annélides ont les mêmes avantages quand on les place sur les apophyses mastoïdes, et en arrière d'elles, le long de la racine des cheveux, où le tissu ino dulaire est caché. D'ailleurs chez les enfants et chez les femmes, dont la peau est très-fine, ces vers aquatiques pourraient ouvrir des veines superficielles et produire une phlébite d'autant plus dangereuse que les vaisseaux de cette région sont très-près du cœur; une hémorragie difficile à arrêter aurait alors très-probablement lieu; on serait peut-être obligé de cautériser avec le nitrate d'argent fondu, et l'on s'exposerait encore à déterminer la phlegmasie du canal veineux : en l'absence du chirurgien, l'écoulement sanguin serait très-dangereux, car les gens du monde ne sauraient pas toujours y soustraire le malade; derrière les oreilles, la compression est sûre et facile aux personnes les plus étrangères aux connaissances de notre art.

On prescrit souvent les sangsues sur l'épigastre, et fréquemment on en place quelques-unes sur les cartilages des côtes; leur mobilité fait couler beaucoup de sang, surtout chez les enfants : la présence du chirurgien deviendra presque toujours indispensable pour l'arrêter. Qu'on y prenne bien garde, car j'ai vu arriver un événement funeste : ayez soin de faire poser les sangsues au-dessous du sternum et en dedans des cartilages costaux.

Il faut se rappeler que si l'on met des sangsues sur

des parties pourvues de beaucoup d'embonpoint, les petites plaies fournissent presque toujours peu de sang : ainsi appliquez-vous, chez une personne très-grasse, quarante sangsues sur l'abdomen, pour combattre une péritonite, au lieu de l'amender vous l'augmenterez ordinairement en congestionnant davantage le péritoine; vous devez alors au moins doubler le nombre de ces vers aquatiques, et souvent même faire précéder leur application d'une saignée générale.

Ne mettez pas les sangsues sur les points où existent beaucoup de nerfs sous-cutanés, parce que la douleur est plus vive : ainsi, pour l'avant-bras, préférez la face dorsale à la région palmaire.

Les morsures des annélides sont très-douloureuses, et souvent très-difficiles à guérir, sur la membrane muqueuse qui tapisse la vulve; autour de cette région, ils dégorgent aussi bien et n'ont pas les mêmes inconvénients.

Ne placez pas les sangsues trop près du rectum, car leurs morsures, *baignées par* les matières qui sortent de cet intestin, pourraient se convertir en ulcères difficiles à guérir.

L'application des sangsues sur le scrotum, sur le prépuce, sur la peau de la verge, est excessivement douloureuse : elle produit quelquefois la gangrène; nous en connaissons des exemples, nous savons qu'ils sont rares, mais ils n'en doivent pas moins faire établir le précepte de préférer mettre ces vers aquatiques au-des-

sus des bourses, sur le trajet du cordon testiculaire. Je me suis convaincu qu'ici elles réussissaient aussi bien qu'ailleurs.

On rencontre un grand nombre de filets nerveux sous-cutanés sur la face dorsale de la main et sur le dos du pied : n'y mettez pas des sangsues ; il faut préférer la région postérieure et inférieure de l'avant-bras et la partie supérieure et externe de la jambe. J'ai montré, à l'hôpital de la Pitié, qu'on réussissait aussi bien en suivant ces préceptes.

N'appliquez pas les annélides sur la partie inférieure de la jambe ; car lors même que ce membre serait sain, et si surtout il y existait quelque veine variqueuse, les petites plaies pourraient se convertir en ulcères souvent très-difficiles à guérir, et peut-être même incurables.

Mises sur la peau des mamelles, les sangsues occasionnent de très-vives douleurs, des cicatrices désagréables, et souvent même des érysipèles. J'ai reconnu qu'appliquées autour de ces organes elles produisaient des effets tout aussi avantageux.

Doit-on poser des sangsues sur le point enflammé lui-même ? Ce principe est généralement admis ; mais dans l'érysipèle compliqué de phlyctènes, dans le phlegmon dont le centre offre une rougeur un peu foncée, elles déterminent souvent la gangrène ; elles ont d'ailleurs l'inconvénient de produire une très-vive douleur, la sensibilité des tissus étant exaltée par la phlegmasie.

L'expérience m'a encore démontré que les annélides

placés autour de la zone inflammatoire réussissaient aussi bien que s'ils avaient été appliqués sur elle.

Ne mettez pas des sangsues sur des tissus œdémateux ni sur des parties fortement ou même légèrement ecchymosées : ici la vitalité languit sous le poids du liquide; en l'exaltant par une inflammation aiguë, que vous pourriez produire, vous vous exposeriez à déterminer la gangrène : l'expérience l'a démontré.

Un engorgement blanc existe; la peau participe à l'induration, ou bien elle est adhérente aux parties sous-jacentes : placez les sangsues autour de la maladie, car ici encore la vie est peu active; et sans la précaution que nous venons de recommander, vous pourriez vous exposer aux mêmes accidents que dans les cas d'œdème et d'ecchymose.

Ne posez pas les sangsues sur un bubon syphilitique; appliquez-les, au contraire, à neuf ou douze centimètres environ (trois ou quatre pouces) de sa base : si vous oubliez ce précepte, vous verrez quelquefois les petites plaies se convertir en autant d'ulcérations vénériennes. Je n'explique pas ce fait, je le constate; et si l'on m'objecte qu'on l'observe rarement, je répondrai qu'il me suffit de l'avoir rencontré quelquefois pour justifier la règle que j'établis.

On ne doit pas mettre des annélides sur un membre fracturé, car la compression exercée ensuite par les attelles sur leurs morsures en pourra beaucoup retarder la cicatrisation; elle produira quelquefois des inflam-

mations et même des escarres ; il est alors très-difficile d'appliquer convenablement l'appareil destiné à obtenir la consolidation de l'os. Nous voyons souvent à l'hôpital de la Pitié des malades chez lesquels on n'a pas suivi en ville le précepte que nous indiquons ; nous observons presque toujours les accidents que nous venons de signaler.

Au chapitre ayant pour titre *Quelques considérations sur les hernies*, nous avons établi le précepte suivant : Parmi les moyens qu'on met en usage pour faciliter la réduction des hernies, surtout quand l'étranglement est inflammatoire, les sangsues tiennent le premier rang. On a la mauvaise habitude de les appliquer sur la tumeur elle-même ; cette pratique a beaucoup d'inconvénients : la peau, qui est le siége d'un grand nombre de petites plaies, devient plus sensible ; le taxis est plus douloureux, le malade est plus indocile, le sang coule, les doigts et les téguments en sont imprégnés ; de là infiniment moins de facilité dans la manœuvre. Si déjà les morsures des annélides ne fournissent pas de liquide, les efforts de réduction en font immédiatement sortir, et les mêmes difficultés se reproduisent. Il n'en faut pas davantage pour qu'un taxis qui aurait pu réussir échoue complétement.

L'application des sangsues sur la tumeur y produit des ecchymoses souvent assez profondes : si l'on est obligé d'opérer la hernie, la couleur des tissus est masquée ; il n'est pas facile de les distinguer ; les difficultés de l'opé-

ration sont augmentées. Il faut placer ces vers aquatiques autour de la maladie : l'expérience a démontré que, posés sur ce point, ils offraient autant d'avantage que s'ils étaient mis ailleurs.

Vous ne savez pas si une tumeur est squirreuse; l'induration a envahi le tissu cellulaire sous-cutané; quelquefois même la peau participe à la maladie : n'appliquez dans aucun de ces cas les sangsues sur la tumeur, car vous pourriez voir les petites plaies se convertir immédiatement en autant d'ulcérations cancéreuses; de violentes douleurs se manifesteraient bientôt, et vous accéléreriez beaucoup la marche de l'affection morbide. Il faut poser les sangsues autour de l'engorgement : leur succès sera aussi assuré que si elles étaient mises sur les téguments qui le recouvrent. Disons, en passant, que l'impossibilité où l'on est presque toujours de diagnostiquer la nature des engorgements du col de l'utérus, doit y faire proscrire les applications de sangsues. Parmi les observations nombreuses sur lesquelles sont fondés les préceptes que nous établissons, nous en choisirons deux :

Une femme portait au sein une tumeur du volume de la moitié du poing : elle adhérait à la peau; elle jouissait d'une assez grande mobilité; elle n'était ni bosselée, ni trop dure, ni trop ancienne; elle offrait enfin les conditions qui permettaient d'espérer d'en obtenir la résolution. Guidé par le principe général qui commande d'appliquer les sangsues sur les parties des téguments qui recouvrent l'organe enflammé, un mé-

decin mit ce principe en usage; dès le lendemain, les douleurs augmentèrent beaucoup, et déjà les petites plaies présentaient un aspect défavorable : le sixième jour, la physionomie des ulcères était carcinomateuse; je pratiquai l'amputation du sein.

Une malade était affectée d'un engorgement du col de l'utérus : il n'offrait pas trop de consistance; il n'était pas bosselé; on le couvrit de sangsues; l'écoulement sanguin fut abondant; il survint des douleurs très-fortes; on craignit même une métro-péritonite. Je fus alors appelé, et je conseillai les cataplasmes émollients laudanisés et peu chauds appliqués sur l'abdomen, lés quarts de lavement presque froid, avec addition de six gouttes de laudanum de Sydenham : on pratiqua au bras une saignée révulsive de quatre-vingt-dix grammes (trois onces); diète absolue, tisane émolliente. Sous l'influence de ces moyens, les craintes d'une phlegmasie aiguë du péritoine et de la matrice se dissipèrent; mais, vers le sixième jour, des douleurs lancinantes, fréquemment répétées, se manifestèrent; nous fîmes un examen avec le spéculum, et nous reconnûmes l'existence d'un cancer aigu qui déjà avait fait d'assez grands progrès.

J'ai beaucoup insisté sur les règles de l'application des sangsues suivant les localités; car je crois qu'elles sont d'autant plus importantes que la pratique fournit l'occasion de les mettre très-fréquemment en usage. Je demeure convaincu qu'en les suivant on évitera des acci-

dents graves, et même quelquefois funestes. Un assez grand nombre de ces règles étaient connues, il est vrai, par les praticiens habiles; mais on ne les avait pas groupées; ainsi elles étaient oubliées, et même entièrement ignorées par beaucoup de médecins, d'ailleurs très-instruits. Je les professe depuis très-longtemps dans mes cours de clinique; elles y ont été recueillies, et je les ai fait publier dans la *Gazette des Hôpitaux* (1836, 9 janvier).

CONSIDÉRATIONS

SUR LES ÉVACUATIONS SANGUINES

EN GÉNÉRAL.

Les organes parenchymateux étant plus spécialement sous l'influence de la circulation des gros vaisseaux, la saignée générale est préférable lorsqu'ils sont affectés de phlegmasie : l'expérience a sanctionné cette proposition; elle a prouvé, au contraire, que les évacuations sanguines locales étaient plus avantageuses contre les inflammations des tissus membraneux soumis plus particulièrement à la circulation capillaire.

Toutes choses égales d'ailleurs, on supporte beaucoup moins, en général, les évacuations sanguines dans l'état de santé que si l'on est affecté d'une phleg-

masie. Ce fait important n'est pas assez connu; il est démontré par l'expérience : il nous paraît d'ailleurs facile de l'expliquer. Dans l'état normal, rien ne stimule les propriétés vitales au delà du degré nécessaire à l'exercice libre, entier, facile et régulier des fonctions; mais s'agit-il d'une inflammation? il existe un stimulus insolite qui exalte ces propriétés vitales; qu'on me permette la comparaison : c'est un coup de fouet qui leur donne beaucoup plus d'énergie et les fait résister davantage aux causes qui tendent à les affaiblir; d'ailleurs, lorsque les phlegmasies fléchissent, ce stimulus diminue; on voit alors, quoique certains malades aient presque entièrement conservé leurs forces, les pertes sanguines, même assez légères, les déprimer singulièrement : ce fait est d'une grande importance en pratique. On devra moins extraire de sang, en général, quand les inflammations commenceront à décliner. Lorsqu'elles sont à l'état chronique, la réaction est nulle ou moins intense; les propriétés vitales offriront donc une résistance moindre; l'observation le prouve tous les jours : de là la nécessité de ne pas trop multiplier les évacuations sanguines contre une maladie qui résistera d'autant plus qu'elle est ancienne, qu'elle siége souvent sur des tissus anormaux; on se rappellera d'ailleurs que les forces du sujet ont diminué sous l'influence des douleurs qu'il éprouve depuis longtemps, du repos plus ou moins absolu qu'il est souvent obligé de garder, et du régime ordinairement

débilitant auquel il est soumis. J'insiste sur toutes ces circonstances, parce que beaucoup de médecins ne les prennent pas en considération ; parce qu'ils se conduisent alors comme s'il s'agissait d'un phlegmon, chez un individu pléthorique ; parce que ces médecins compromettent tout, et qu'entre leurs mains inhabiles les meilleures méthodes deviennent défectueuses. Ces préceptes semblent aussi être ignorés par certains hommes à système exclusif, qui veulent presque toujours proscrire les évacuations sanguines du domaine de la thérapeutique.

En général, les habitants des pays très-chauds supportent moins bien les évacuations sanguines que ceux qui vivent dans les régions tempérées : chez les premiers, toutes choses égales d'ailleurs, les évacuations sanguines sont ordinairement plus débilitantes, et d'ailleurs chez eux les morsures des sangsues fournissent une beaucoup plus grande quantité de sang ; leur peau, plus excitée par la chaleur, paraît plus congestionnée ; de là la nécessité de multiplier moins les annélides.

L'examen attentif du tempérament du malade, de son pouls, du développement de ses artères et de son système musculaire, indique ordinairement au médecin la quantité de sang qu'il peut extraire lorsqu'il pratique une évacuation sanguine sur un sujet qu'il n'a pas encore soigné ; mais les idiosyncrasies sont fort extraordinaires, sous le point de vue que nous examinons : il est des personnes qui paraissent très-faibles et chez lesquelles cependant les pertes abondantes de sang

sont tolérées avec une incroyable facilité; tandis qu'on rencontre des individus qui semblent très-forts et qui, soumis à l'application de huit ou dix sangsues, dont les morsures d'ailleurs saignent pendant un temps assez court, éprouvent une faiblesse extrême et sont presque comme anémiques pendant plusieurs jours. Il faut donc demander au malade comment il supporte la saignée. Enfin on voit des hommes dont la constitution ordinaire n'est presque pas affaiblie par des déplétions sanguines très-nombreuses et capables d'effrayer si les préceptes que nous indiquerons dans un instant n'étaient pas suivis. En voici un exemple bien remarquable : un ouvrier vint nous demander des soins à l'hôpital de la Pitié pour un tétanos général produit par des tiraillements exercés sur la colonne vertébrale; « les accidents » persistèrent jusqu'au neuvième jour, sans offrir la » moindre apparence de rémittence; mais à cette époque il y eut un peu d'amendement. Le traitement, » qui dura dix-neuf jours, consista dans les moyens » suivants : 1° huit saignées du bras très-copieuses furent pratiquées; les quatre premières, faites dans les » deux jours qui suivirent l'arrivée du malade, furent » de trois cent soixante à quatre cent quatre-vingts » grammes chacune (de trois à quatre palettes); 2° sept » cent quatre-vingt-douze sangsues furent posées le long » du rachis, à l'exception d'une cinquantaine qui furent posées sur la région épigastrique, parce qu'il » s'était manifesté quelques signes d'irritation gastro-

» intestinale. A l'aide de ce traitement énergique, le » malade se trouva complétement guéri le vingt-qua- » trième jour, et malgré l'abondance des émissions san- » guines, malgré la diète sévère qui fut observée, le » pouls s'est constamment soutenu et aucun signe de » faiblesse ne s'est manifesté. Ce qui prouve mieux en- » core le peu d'affaiblissement du jeune homme, c'est » que trois ou quatre jours après la cessation du traite- » ment, il put se lever et descendre dans la cour de » l'hôpital pour s'y promener un peu; cependant sa con- » stitution naturelle n'est pas des plus robustes. » (Voy. *Archives générales de Médecine*, t. XX, mai 1829).

Nous portâmes aussi loin les évacuations sanguines parce que le pouls se soutenait au même état, à quelques légères nuances près, parce que la face ne se décolorait point, parce que nous n'observions presque pas la dépression des forces musculaires, parce que le sang ne devenait pas trop fluide et que dès lors nous ne devions pas redouter l'infiltration pulmonaire démontrée par les belles expériences de M. Magendie. En procédant ainsi dans la pratique des émissions sanguines, on ne doit pas craindre les accidents qui surviendraient nécessairement si l'on négligeait les principes que nous venons d'établir.

Lorsque le sujet est fort et qu'il est affecté d'une phlegmasie violente et très-étendue, d'une péritonite générale par exemple, il faut, préalablement à l'application des sangsues, recourir à la phlébotomie.

Une inflammation est quelquefois tellement aiguë, que toutes les propriétés vitales semblent se concentrer vers l'organe affecté : alors le malade est plongé dans un état de faiblesse extrême, que les anciens ont bien désigné sous le nom de *oppressio virium*, et qui n'en impose pas au médecin clinique. Ici la saignée est d'une rigoureuse nécessité pour prévenir une mort presque immédiate ou des transformations organiques funestes.

Chez les femmes, les pertes de sang se réparent avec une facilité extraordinaire; il faudra, en général, les saigner plus souvent et plus compter sur le régime que sur les évacuations sanguines. L'époque des règles doit être prise en grande considération.

Lorsqu'une phlegmasie aiguë succède à une inflammation chronique et que les premières saignées ont assez déprimé le pouls et affaibli le malade, ordinairement on ne saigne plus, quoique la maladie persiste, car l'expérience a prouvé qu'alors la déplétion sanguine a le grave inconvénient de diminuer les ressources que la nature possède contre l'affection morbide. La phlegmasie a-t-elle désorganisé les tissus sur lesquels elle siége, la saignée et la diète sont les moyens les plus sûrs de faire succomber promptement les malades. Il faut donc se défier de la prédilection empirique qu'ont beaucoup de médecins pour les évacuations sanguines.

L'on a dit que la saignée réussissait beaucoup mieux contre l'inflammation du poumon droit que contre celle

du poumon gauche. Il est facile de se convaincre, en lisant les ouvrages de Bayle, de Portal, de Baumes et de Laennec, que la péripneumonie du côté gauche passe souvent à l'état chronique.

En général, les phlegmasies sus-diaphragmatiques cèdent plus facilement à la phlébotomie que les inflammations sous-diaphragmatiques.

Lorsque, chez les vieillards, les inflammations aiguës sont bien franches, qu'elles siégent sur des organes qui étaient sains avant leur développement, et qu'elles produisent des phénomènes généraux sthéniques, on ne doit pas craindre de recourir aux émissions sanguines, en prenant d'ailleurs en considération l'âge plus ou moins avancé des malades, ainsi que leur constitution : on doit nécessairement suivre une conduite opposée si la phlegmasie est entée sur une inflammation chronique, s'il existait préalablement sur le même tissu une autre affection morbide, et si enfin les symptômes généraux étaient asthéniques; alors la saignée est presque toujours mortelle ou au moins fort dangereuse. D'après ces idées, il sera, je crois, facile de mettre fin aux divergences d'opinion qui règnent depuis longtemps sur le point important de thérapeutique dont nous nous occupons; pour nous, l'expérience s'est prononcée : rien ne peut résister à la brutalité des faits.

Dans les inflammations traumatiques, surtout quand elles ne siégent pas sur les viscères abdominaux, on doit insister davantage sur les émissions sanguines : il n'existe

pas en effet ici une cause interne qui diminue en général l'énergie des propriétés vitales, et lorsqu'on emploie les saignées avec la sage hardiesse dictée par les principes énoncés plus haut, elles ont l'avantage de prévenir ou de combattre presque toujours victorieusement les phlegmasies; on parvient souvent à rendre la suppuration et toutes ses conséquences presque nulles : j'en ai fourni la preuve un grand nombre de fois à la Pitié et à l'hôpital provisoire du grenier d'abondance.

Un malade couché au n° 26 de la salle Saint-Louis était affecté à la cuisse d'une plaie d'arme à feu; elle était produite par une balle qui avait traversé ce membre : la solution de continuité siégeait sur sa partie moyenne; elle était oblique et formait avec son axe un angle de vingt-cinq degrés environ, à sinus inférieur. Le premier jour, je fis pratiquer, le matin, au bras une saignée de trois cent soixante grammes (trois palettes); le soir le pouls se soutenait, la face n'était pas décolorée, les forces musculaires n'avaient pas fléchi : l'on tira cent vingt grammes (quatre onces) de sang; cette dernière évacuation sanguine fut répétée deux fois le lendemain; on y revint une fois encore le surlendemain; mais, au moment où la suppuration commença à s'établir, on ne saigna plus, dans la crainte de la résorption purulente; on cessa aussi la diète pour la même raison, car le malade, vivant trop de sa propre substance, aurait été davantage exposé à l'accident dont nous nous occupons; il n'existait pas d'ailleurs de fièvre, et l'estomac, en bon état, ainsi

que le reste du canal intestinal, se serait irrité et même enflammé sous l'influence de la privation des aliments. Il ne survint presque aucune inflammation, quoiqu'on n'eût fait aucun débridement; la suppuration fut presque nulle. Vingt jours suffirent pour obtenir la guérison. Nous avons soigné avec M. Chassaignac un élève de l'École polytechnique dont les deux cuisses avaient été traversées de part en part par une balle; nous avons eu, par le même traitement, un succès aussi heureux. Personne n'ignore les beaux résultats que nous obtenons par cette méthode, à l'hôpital de la Pitié, dans les cas de fractures comminutives compliquées d'épanchement sanguin considérable et d'étranglement inflammatoire : on sait que nos malades ne sont presque pas affaiblis.

Les phlegmasies résistent d'autant moins aux émissions sanguines, qu'on les attaque à une époque plus rapprochée de leur début.

Lorsqu'une inflammation est essentiellement gangréneuse, comme dans la pustule maligne, on doit renoncer à la saignée. Au temps où l'on voulait tout guérir par les déplétions sanguines, j'ai vu l'oubli de ce précepte produire un événement funeste : la maladie débutait; aucun phénomène morbide général n'existait encore; on aurait certainement triomphé du virus septique par la cautérisation.

Rappelons qu'en appliquant des sangsues dès le début du furoncle et de l'anthrax benin, nous sommes par-

venu quelquefois à faire avorter ces affections morbides; la gangrène est ici le résultat d'une inflammation par étranglement : l'anatomie pathologique l'a prouvé (Dupuytren).

Doit-on recourir à la saignée locale chez les individus d'un tempérament sanguin, et d'ailleurs très-robustes, si la mort des tissus est déterminée par un excès d'inflammation, si la phlegmasie persiste à l'état très-aigu, à une petite distance des escarres qui menacent d'envahir au loin les parties molles et de produire ainsi un très-vaste ulcère? Cette solution de continuité pourrait compromettre les mouvements du membre, sécréter une suppuration abondante aux frais de laquelle la nature fournirait difficilement et exiger peut-être une amputation; la crainte de la résorption des gaz putrides et du pus, le cachet de faiblesse que la gangrène imprime presque toujours, à l'économie, arrêtent les praticiens. Je pense que, dans les cas que je viens de préciser, entre deux inconvénients il faut choisir le moindre : j'applique des annélides s'il n'existe pas de symptômes d'asthénie, si j'ai moins à redouter la résorption des gaz et des liquides sécrétés que la mort trop souvent produite par l'abondance de la suppuration, par l'ablation du membre et par la réaction d'une vaste surface dénudée sur l'ensemble de l'économie et surtout sur le canal intestinal. Toujours jusqu'aujourd'hui je suis parvenu à borner la gangrène en diminuant l'inflammation trop intense qui la produisait : je dois toutefois avertir que les observations que j'ai faites

à cet égard ne sont pas encore assez nombreuses pour établir un dogme scientifique.

Dans les inflammations de la plèvre et du poumon les symptômes généraux ont presque toujours le caractère sthénique, même chez beaucoup de vieillards; c'est ici que les déplétions sanguines, quand il n'y a pas de tubercules pulmonaires ou quand ils ne sont pas nombreux et trop avancés, doivent être singulièrement multipliées; on les porte plus loin, en général, qu'à l'occasion des phlegmasies situées dans la boîte osseuse du crâne, dans la cavité abdominale. Les chirurgiens militaires, dont la pratique n'est pas assez consultée, font un grand nombre de saignées dans les cas de plaies pénétrantes de poitrine; ils en obtiennent des succès étonnants.

Que doit-on penser des faiseurs de statistiques médicales, qui, basant d'ailleurs leur opinion erronée sur un trop petit nombre de faits, professent qu'il ne faut pas employer les évacuations sanguines contre la pleurésie; qu'elle guérit sans le secours de ce moyen, lorsqu'il n'y a pas de tubercules pulmonaires? Mais 1° ces médecins ont perdu des malades affectés de phlegmasie de la plèvre, et tous les viscères thorachiques étaient sains; 2° ils établissent l'hypothèse dans laquelle il n'existera pas de tubercules pulmonaires, et ils disent cependant dans leurs livres qu'assez souvent la présence de ces tubercules ne peut pas être reconnue : est-il possible d'être entraîné plus loin de la vérité par des idées

préconçues? 3° ne sait-on pas d'ailleurs que toutes les phlegmasies, lorsqu'on les laisse parcourir paisiblement leurs périodes, peuvent passer à l'état chronique et occasionner des transformations, des productions organiques fort dangereuses, et ordinairement très-difficiles à guérir? Nous saignerons donc dans la pleurésie, à moins que le sujet ne soit trop faible, à moins que le poumon ne soit en trop mauvais état, car si les tubercules étaient crus, les évacuations sanguines, au lieu d'être nuisibles, seraient utiles. Dupuytren a longtemps professé ce principe. Je lui en ai vu faire l'application plusieurs fois avec succès, pour ralentir les progrès du mal. Mes anciens maîtres, les médecins de l'Hôtel-Dieu, qui ont toujours su maintenir la pratique de la médecine à la hauteur convenable, en la dégageant des systèmes exclusifs qui infestent les écoles, adoptaient l'opinion que nous venons d'émettre.

Une inflammation des méninges ou du cerveau existe; on conseille de répéter les déplétions sanguines, mais il est une indication très-importante à saisir. Chez un assez grand nombre de malades la saignée excite singulièrement l'innervation ; il faut nécessairement alors y renoncer afin de ne pas rompre entièrement l'équilibre qui doit exister entre les systèmes sanguin et nerveux. Cette pratique a été sanctionnée par l'expérience; le précepte sur lequel nous insistons n'est pas malheureusement assez connu.

A peine les phlegmasies abdominales existent-elles

qu'en général les malades sont déjà plongés dans un état très-marqué de prostration ; donnons l'explication de ce phénomène : le grand creuset de la digestion siége dans l'abdomen ; les matières qu'il contient y acquièrent alors des propriétés délétères ; elles y dégagent des gaz méphitiques. Suivant quelques médecins, les vaisseaux exhalants peuvent sécréter des produits gazeux, et les verser à la surface de la membrane muqueuse du canal intestinal ; sont-ils primitivement viciés, ou bien leur viciation n'est-elle que consécutive ? je l'ignore ; elle n'en existe pas moins. De la présence de ces matières et de ces gaz dans le tube digestif résulte (Voyez les belles expériences de M. Magendie) une imbibition des tissus qui s'irradie à une plus ou moins grande distance et produit ainsi une sorte d'empoisonnement. Les selles des malades sont souvent noires et excessivement fétides ; les phlegmasies abdominales sont d'ailleurs celles qui revêtent le plus souvent la forme adynamique. D'après ces faits, l'on conçoit aisément qu'en général il ne faut pas porter ici les évacuations sanguines aussi loin que contre les inflammations qui siégent dans les deux autres grandes cavités splanchniques. Lorsqu'une phlegmasie abdominale date de quelques jours, et qu'elle a résisté à plusieurs applications de sangsues, on doit cesser l'usage de ces vers aquatiques, dans la crainte de trop affaiblir les malades, et d'enlever à la nature les ressources qu'elle possède pour aider à combattre la maladie par d'autres moyens.

Suivant les localités, toutes choses égales d'ailleurs, la thérapeutique ne doit pas toujours être la même : l'expérience a démontré au médecin clinique que les purgatifs ne pouvaient pas être tolérés dans le climat de Paris comme en Allemagne, et surtout comme en Angleterre. On sait que dans le midi de la France, chez les Anglais et chez les Allemands, la réunion immédiate des plaies réussit presque toujours, tandis qu'ici, qu'on la tente dans les hôpitaux ou en ville, elle échoue presque constamment, bien qu'on mette en usage avec le plus grand soin les procédés ingénieux de l'école de Montpellier. Les déplétions sanguines ne sont pas également heureuses dans tous les pays ; mes relations avec un grand nombre de médecins qui ont exercé la médecine sous presque toutes les latitudes m'en ont donné la preuve. J'étais bien jeune encore lorsque mon père me montrait que les symptômes des fièvres bilieuses et muqueuses étant les mêmes sur les habitants de la montagne et sur ceux qui vivaient dans des vallées marécageuses, la saignée locale réussissait chez les premiers, et non-seulement échouait chez les derniers, mais encore aggravait très-souvent la maladie. Honneur soit donc rendu au vieillard de Cos, dont on cite si souvent les écrits qu'on médite si peu !

N'oublions pas de signaler ici les constitutions épidémiques. S'agit-il alors, par exemple, des érysipèles, nous les avons vus, selon les épidémies, céder ou résister aux déplétions sanguines, et cependant les carac-

tères de ces maladies étaient essentiellement identiques. Il en a été de même de l'application de l'axonge.

J'ai observé un grand nombre de fois la dyssenterie épidémique dans le Midi ; elle guérissait une année par l'usage des boissons émollientes et des sangsues mises à la marge de l'anus. Ces moyens échouaient une autre année, tandis que l'opium administré à l'intérieur produisait les meilleurs effets. Dans une troisième épidémie, on employait les tisanes acidules ; la langue devenait humide; on mettait alors en usage l'ipécacuanha, à la méthode de Pison ; elle réussissait parfaitement. Antérieurement, comme l'opium, cette méthode n'avait obtenu aucun succès; les symptômes de la maladie étaient cependant encore les mêmes.

Pendant que l'amphithéâtre de l'école anatomique des hôpitaux était adossé à nos salles de chirurgie, nous y observions la pourriture d'hôpital, presque tous les ans, en été : la maladie était la même; cependant, tantôt nous devions nos succès à l'usage du chlorure d'oxyde de sodium, tantôt à la poudre de charbon de Delpech, d'autres fois enfin aux tranches de citron de Dupuytren.

L'illustre Sydenham avait donc raison de dire que souvent les épidémies naissent avec un génie particulier; il ajoutait : Malheur à ceux qui en sont affectés les premiers! ce n'est qu'après qu'on a traité un assez grand nombre de malades qu'on parvient à trouver une méthode convenable de traitement, et qu'on marche alors *pede libero*. Les faits incontestables que nous venons

d'exposer doivent faire proscrire à tout jamais, en médecine, les idées exclusives, l'esprit de système, de doctrine et d'exagération, si communs aujourd'hui.

La découverte de la révulsion, de la dérivation, se perd dans la nuit des temps; on lit dans Hippocrate : *Menstrua si velis sistere, cucurbitulam quam maximam ad mammas appone.* On compte les émissions sanguines au nombre des moyens destinés à l'obtenir : on extrait alors une petite quantité de sang, car l'expérience a démontré que si elle était abondante, elle ne remplirait pas ordinairement l'indication. La saignée générale est de quatre-vingt-dix à cent quatre-vingts grammes (trois à six onces); suivant les sujets, on met quatre ou six sangsues : on préfère en général la phlébotomie.

Rivière conseille, afin de mieux obtenir l'effet révulsif, d'appliquer, de temps en temps, le doigt sur l'ouverture de la veine, pour suspendre le cours du sang.

Nous allons insister sur les preuves qui viennent à l'appui de l'action dérivative de la saignée; car un grand nombre de médecins ne veulent extraire du sang que quand il existe de la fièvre, ou lorsque le pouls est très-fort et très-développé; ils ne savent pas que quatre-vingt-dix grammes (trois onces) de ce fluide n'affaiblissent point les malades, et produisent souvent les effets les plus heureux; nous le prouverons bientôt.

Quand les praticiens veulent produire les menstrues,

ils font appliquer quatre ou six sangsues autour de la vulve ou sur les cuisses.

Lorsqu'une perte utérine rouge existe, qu'elle soit active ou passive, on pratique, au bras, une ou plusieurs saignées dérivatives, quoique la femme présente souvent une très-grande faiblesse; presque toujours la maladie disparaît, à moins que la matrice ne soit gravement affectée; personne, j'espère, ne contestera ces deux faits. Disons en passant qu'en général les médecins négligent trop la révulsion sanguine, dans beaucoup de maladies.

Quatre ou six sangsues dont on laisse peu saigner les morsures produisent beaucoup plus souvent l'érysipèle que si l'on en mettait en usage une vingtaine.

Les annélides, mis en petit nombre pour combattre une tumeur blanche à l'état aigu, sont en général nuisibles; employés quand la maladie existe sans inflammation, ils réussissent le plus souvent.

Quelques sangsues exaspèrent les phlegmasies intenses; un grand nombre de ces vers aquatiques les combattent avantageusement.

Les ventouses scarifiées, quand on extrait beaucoup de sang, agissent à la manière des sangsues en grand nombre. Elles congestionnent au contraire lorsque l'émission sanguine est légère.

On conseille de remplacer les sangsues par les ventouses scarifiées; j'ai employé comparativement ces deux

moyens, et je me suis convaincu qu'en général le dernier était moins avantageux.

Mais j'ai imaginé de traiter à l'aide des petites saignées révulsives pratiquées au bras, les lésions chroniques de l'utérus accompagnées de douleur, de pesanteur, de sensation de chaleur assez développée et fort incommode pour les malades; ces évacuations sanguines déterminent presque toujours des maux de tête, de la gêne dans la respiration et des palpitations de cœur ; presque toujours aussi les affections de la matrice sont amendées. Je vais soumettre au lecteur les passages suivants, extraits de la thèse fort remarquable de M. Joannes Victor Pasquet, soutenue à Paris le 17 août 1837.

« Vers la fin de décembre dernier, M. Lisfranc fit » pratiquer, le même jour, à onze des malades de la salle » Saint-Augustin, une saignée au bras de cent vingt » grammes (une palette). Je n'entrerai pas dans des » détails particuliers sur chacune de ces malades, cela » m'entraînerait dans des longueurs inutiles et assez » dépourvues d'intérêt : je dirai seulement que l'âge de » ces malades variait entre vingt et quarante ans, que » toutes portaient des affections chroniques de l'utérus » de nature diverse, que leur santé en général était » du reste assez mauvaise ; peu d'embonpoint, une sus» ceptibilité nerveuse grande, une diminution des » forces, tant sous l'influence de la maladie, de ses » souffrances et de ses désordres, qu'à cause de l'inertie

» habituelle et du repos auquel la plupart étaient depuis
» longtemps condamnées; voici ce qu'elles accusèrent
» le lendemain.

» N° 5. Aucun changement ni en bien ni en mal
» dans les douleurs de l'utérus, d'après le rapport de la
» malade; aucune modification appréciable, ni dans
» l'état des forces, ni dans l'état du pouls.

» N° 11. Celle-ci éprouva quelques instants après la
» saignée un léger mal de tête, du malaise général, et
» dans la soirée il se fit par le vagin un petit écoule-
» ment sanguin qui persista toute la nuit; le lendemain
» matin elle se trouvait bien; ses douleurs utérines
» étaient calmées; elle éprouvait un bien-être mani-
» feste : cette femme était, je crois, affectée d'un
» cancer de la matrice.

» N° 12 *bis*. Cette malade accusa des symptômes de
» congestion vers les parties supérieures du corps; la
» tête lourde, les yeux fatigués, des éblouissements, des
» palpitations et un peu de dyspnée; le jour de la sai-
» gnée et le lendemain matin, elle souffrait moins des
» reins; mais le soir et le surlendemain survinrent des
» douleurs plus vives qui disparurent le troisième jour
» et firent place à un grand soulagement.

» N° 13. Notable diminution des douleurs utérines;
» en même temps un mal de tête, d'abord peu sensible
» pendant la journée, qui parut même se calmer pen-
» dant la nuit, mais qui le lendemain à la visite était
» violent et ne se termina que le surlendemain; l'amé-

» lioration dans la douleur du bas-ventre persista.

» N° 15. Celle-ci, jeune fille de vingt-deux ans, habituellement d'une bonne santé, d'un tempérament sanguin et pléthorique, était sujette à des palpitations qui se montraient de temps en temps sous l'influence de quelque agitation physique ou morale; elle se plaignait de palpitations depuis la veille au soir, en même temps que de dyspnée; du reste elle se sentait complétement soulagée dans le bas-ventre; nous remarquerons que son affection n'était pas ancienne.

» N° 16. Aucun changement : c'était une fille de vingt-huit ans, assez forte.

» N° 17. Elle accusa une douleur de tête survenue dans la nuit; cette douleur, d'abord légère et très-supportable à la visite du matin, augmenta insensiblement dans la journée et les deux jours suivants; du reste, il n'a pas été noté de changement en bien ou en mal dans l'état de l'utérus.

» N° 20. Celle-ci se plaignit d'éprouver depuis la veille au soir des éblouissements, des pesanteurs de tête et une céphalalgie assez pénible; depuis le matin seulement elle éprouvait de la difficulté à respirer : les étouffements devinrent plus intenses dans la journée et persistèrent ainsi pendant trois jours de suite. Pendant ces trois jours elle éprouva, vers quatre heures du soir, un mouvement de fièvre avec de la chaleur et des étouffements. C'est la seule malade qui nous ait

» présenté un pareil phénomène. Était-ce une simple
» coïncidence? Du reste, même avec ces nouveaux mal-
» aises, elle se trouvait mieux qu'auparavant, à raison
» de la grande amélioration dans l'état de l'utérus; elle
» ne se trouvait pas trop affaiblie, bien qu'elle eût été
» antécédemment épuisée par une longue maladie et
» qu'elle présentât une teinte chlorotique assez pro-
» noncée.

» N° 21 *bis*. Celle-ci m'a déclaré n'avoir rien éprouvé
» de particulier.

» N° 24. C'était la seule qui fût complétement satis-
» faite de la saignée qu'on lui avait pratiquée. Ses dou-
» leurs lombaires avaient considérablement diminué,
» en même temps qu'elle éprouvait un bien général,
» qu'elle se sentait plus légère, suivant son expression.
» Point de douleur de tête, de palpitations, ni aucun de
» ces symptômes qui, chez la plupart des autres malades,
» manifestèrent une congestion vers les parties supé-
» rieures.

» N° 25. En revanche, cette femme, assez âgée, se
» plaignit beaucoup; elle avait éprouvé une céphalalgie
» frontale très-pénible, presque immédiatement après
» la saignée, un malaise et une agitation générale, qui
» avaient été assez considérables pour l'empêcher de dor-
» mir; interrogée ensuite sur l'état de ses souffrances
» habituelles dans le bas-ventre, elle affirma être nota-
» blement soulagée.

» Je dois ajouter qu'on n'eut à signaler aucun de ces

» accidents auxquels on peut s'attendre après une sai-
» gnée, tels que défaillances, symptômes nerveux, fai-
» blesses, etc.; et, bien que ces malades ne fussent
» pas dans des conditions de santé où la saignée peut
» être indifférente, néanmoins, quelques jours après,
» elles éprouvèrent un soulagement encore plus marqué
» dans les symptômes de leur maladie.

» Vers la fin de juin de cette année, justement à cette
» époque où les chaleurs sont devenues momentané-
» ment si fortes, et par conséquent dans des conditions
» atmosphériques tout opposées à cette expérience,
» M. Lisfranc fit saigner le même jour quinze de ses
» malades : c'étaient encore toutes femmes affectées de
» maladies de l'utérus, et à peu près dans la même
» condition d'âge, de tempérament et de santé que
» celles qui ont été le sujet des observations faites pen-
» dant l'hiver; c'était encore une saignée au bras de cent
» vingt grammes (une palette).

» N° 1. Cette femme se plaignit, le lendemain matin, de
» maux de tête qui duraient depuis la saignée : elle avait
» eu des palpitations la veille et des étouffements mo-
» mentanés; mais ces étouffements, qui lui étaient ha-
» bituels, avaient été plutôt calmés qu'exaspérés.

» N° 3. Celle-ci accusa également de la céphalalgie,
» des palpitations, des étouffements, mais à un degré
» moindre que la précédente; de plus, elle éprouva
» momentanément des douleurs épigastralgiques. Depuis
» 1830 cette femme porte un engorgement de l'utérus

» accompagné de pertes sanguines presque continuelles.
» Depuis peu de temps qu'elle est à la Pitié, sous l'in-
» fluence de petites saignées révulsives, les règles se
» sont régularisées, mais elles sont encore très-abon-
» dantes. Quatre mois avant, elle avait éprouvé une
» perte qui, après avoir duré cinquante jours, a cédé
» au traitement ordinaire de M. Lisfranc ; elle ne porte
» pas d'ulcération à la matrice.

» N° 34. Une notable amélioration dans les douleurs
» de la matrice s'était prononcée ; mais en même temps
» des maux de tête, des douleurs dans la poitrine,
» dont elle se plaignait encore à la visite du matin.

» N° 35. La seule chose bien constatée, c'est que
» cette femme a éprouvé des symptômes de congestion
» vers les parties supérieures du corps, et notamment un
» mal de tête et de la pesanteur dans cette partie. Mais
» relativement aux douleurs lombaires, je dois dire que
» son récit ne fut pas toujours identique : aux uns elle
» dit qu'elle se sentait soulagée ; aux autres, au contraire,
» qu'elle n'avait éprouvé aucun changement.

» N° 13. Chez celle-ci, une perte rouge peu abon-
» dante se supprima après la saignée ; la douleur de
» l'hypogastre, qui est ordinairement plus vive à gau-
» che, se déplaça et passa à droite ; de plus, immédia-
» tement après la saignée, survint une céphalalgie ac-
» compagnée d'un sentiment de constriction dans la poi-
» trine.

» N° 16. Il y eut manifestement chez elle une dimi-

» nution des douleurs de matrice, de plus, des maux
» de tête, auxquels elle n'est pas habituellement sujette.

» N° 17. Celle-ci se trouvait beaucoup mieux que la
» veille; il n'était survenu de souffrance nulle part,
» et les douleurs lombaires étaient calmées.

» N° 20. Celle-ci, au contraire, se plaignit de cé-
» phalalgie, d'une augmentation des douleurs utérines.
» A tous égards elle s'était mal trouvée de la saignée;
» pourtant ce malaise fut passager, et trois jours après
» elle n'était pas mal.

» N° 21. Céphalalgie pendant trois jours, avec
» sueurs abondantes, tintements dans les oreilles qua-
» tre heures après la saignée, et qui n'ont cessé que le
» lendemain.

» N° 22. Cette malade a présenté des oscillations en
» bien et en mal pendant les vingt-quatre heures qui
» ont suivi la saignée; pendant les trois premières
» heures, il a existé de la céphalalgie; dans la soirée,
» de la toux est survenue. Il n'a pas été noté de chan-
» gement dans l'état de l'utérus.

» N° 24. Douleurs de tête, éblouissements qui ont
» duré une heure et se sont manifestés peu après la
» saignée. Augmentation notable des douleurs que
» la malade éprouve ordinairement dans la région
» lombaire.

» N° 27. Cette malade a donné des renseignements
» variables sur l'état des douleurs de la matrice : aux
» uns elle a annoncé de l'amélioration; aux autres

» elle a affirmé qu'il n'y avait aucun changement; à » tous elle s'est plainte d'une céphalalgie frontale, qui » n'existait pas avant la saignée.

» N° 32. A part des maux de tête, celle-ci se trou- » vait infiniment mieux que la veille, avant d'être » saignée; elle souffrait moins dans le bas-ventre, sa » respiration était plus facile, sa peau était plus » fraîche.

» Ces faits, je le sais bien, ne sont pas nouveaux; » M. Lisfranc les a répétés assez souvent pour que tout » le monde sache que généralement ils confirment un » résultat sensiblement identique, savoir : que dans » les maladies de l'utérus, une petite saignée au bras » paraît congestionner les parties supérieures du corps, » en même temps que l'excitation de la matrice en est » d'autant diminuée, ce qui explique les succès qu'on » obtient par cette méthode dans les engorgements » chroniques de cet organe. »

Nous prescrivons assez souvent, dans le cours d'un intervalle des règles, deux ou trois petites saignées révulsives, chez des femmes dont la matrice est soumise à des congestions sanguines fréquemment répétées; ces femmes ne sont point affaiblies.

La petite saignée révulsive, ou dérivative, est très-avantageuse; on voit presque toujours la teinte utérine de la face disparaître sous son influence, l'appétit revenir avec l'embonpoint. Dans quelques cas d'exceptions fort rares, la matrice se congestionne davantage

sous l'influence du moyen que nous préconisons; les douleurs, l'augmentation de chaleur s'accroissent; quelquefois même il survient de légères pertes sanguines; d'autres fois, sans qu'on observe ces accidents, l'innervation est un peu augmentée, l'affection utérine ne s'amende point; mais ces faits sont comme un est à cent, et ils ne sauraient certainement point infirmer les préceptes que nous établissons; il suffit d'ailleurs que le médecin observateur, qui se tient toujours en garde, même contre son expérience, rencontre ces circonstances rares d'exceptions, pour qu'immédiatement il se retranche sur d'autres médications. J'ai prouvé que les femmes chez lesquelles il n'était pas possible d'employer les émissions sanguines légères et dérivatives guérissaient en général avec beaucoup moins de facilité.

Comment se fait-il que beaucoup de médecins pensent que la saignée n'est pas utile, et qu'elle est même très-dangereuse, dans l'affection morbide qui nous occupe? C'est qu'ils font extraire sur des malades, presque toutes fort nerveuses, au moins trois cent soixante grammes de sang (trois palettes); de là nécessairement de la faiblesse et une excessive innervation qui bouleversent toutes les fonctions et font échouer tous les autres médicaments. Il ne faut pas rejeter sur la méthode les fautes du médecin qui ne sait pas observer et qui ignore qu'on dose la saignée comme l'émétique, comme le quinquina, etc., et que suivant la dose à

laquelle on administre certaines substances, en médecine, elles produisent des effets différents.

Il est des femmes qu'on ne peut pas saigner au bras : les sangsues appliquées sur les membres thorachiques remplacent très-rarement la phlébotomie; ce fait est d'observation, il serait facile de l'expliquer.

J'ai encore appliqué aux engorgements blancs non enflammés l'idée de la révulsion, de la congestion; on peut, en effet, *échauffer*, exciter ces maladies en posant autour d'elles quatre, six ou huit annélides, dont on ne laisse saigner les morsures qu'un quart d'heure; en excitant ainsi les engorgements blancs, on y favorise beaucoup l'absorption; j'en donne tous les jours la preuve à l'hôpital de la Pitié; mais il faut savoir manier ce moyen, comme nous le dirons plus tard, surtout à l'occasion des tumeurs blanches des articulations. Nous ne sommes pas étonné qu'il ne soit pas employé par beaucoup de nos confrères, qui, dans un de leurs journaux, nous ont adressé d'inconvenantes plaisanteries, dont ils ne sont pas avares, quoi qu'ils en puissent dire.

Mais, nous l'avons dit, nous devons le répéter encore, les déplétions sanguines, révulsives ou dérivatives, attirent le sang vers les organes où elles sont pratiquées; elles les congestionnent : or, ne les faites pas au bras ni sur les parois de la poitrine, ni sur les apophyses mastoïdes, si vous devez craindre les congestions thorachiques ou cérébrales; l'oubli de ce principe pourrait produire d'irréparables malheurs : il s'applique, dans les

mêmes circonstances, aux régions sous-diaphragmatiques.

Mais quelle est la valeur de la saignée? Ouvrez les annales de l'art, vous y verrez qu'un quart de siècle a préconisé les évacuations sanguines, et que souvent même il en a abusé; vous y verrez qu'ensuite on a voulu les proscrire presque entièrement du domaine de la thérapeutique. C'est affligeant, il faut l'avouer; notre malheureuse médecine a été soumise à d'effroyables variations, et l'on ne doit pas s'étonner que beaucoup de savants ne veuillent pas la ranger au nombre des autres sciences exactes. Si l'on s'en tenait à la stricte observation des faits; si une interprétation forcée ne leur était pas presque toujours donnée; si les vagues, les obscures *explicasseries* ne venaient pas presque toujours les remplacer; si, en d'autres termes, les théories étaient l'expression de ces faits, et si ces mêmes faits n'étaient pas l'expression des théories; si, au lieu de tant citer Hippocrate, on méditait davantage ses sublimes ouvrages, qui ont traversé tant de siècles; si les médecins, comme le font quelques-uns d'entre eux, se défiaient de la tendance fâcheuse qu'a leur esprit à créer de futiles hypothèses, parce qu'il s'exerce trop souvent et trop longtemps sur des objets obscurs ou essentiellement inconnus; si l'amour-propre médical voulait bien s'arrêter dans ses raisonnements là où il n'est plus possible de raisonner, s'il s'arrêtait enfin sur les faits que l'expérience sanctionne, et ces faits sont très-nom-

breux, très-satisfaisants pour tous les observateurs, la médecine reposerait sur des bases solides; elle ne mériterait plus les reproches qu'on lui a si souvent adressés.

Envisagée comme nous l'avons fait, et soumise aux données philosophiques que nous venons d'établir, la saignée sera toujours un moyen puissant de thérapeutique, et ne subira plus le sort qui lui a été si longtemps réservé.

APPLICATION

DU STÉTHOSCOPE DE LAENNEC

AU DIAGNOSTIC DES FRACTURES

ET DE QUELQUES AUTRES MALADIES.

L'idée, aussi ingénieuse qu'utile, de l'auscultation a enfin appris à distinguer les maladies de la poitrine, à signaler leurs périodes, à indiquer le degré d'altération des viscères renfermés dans cette cavité. Jusqu'alors tout était obscur, et pour ainsi dire augural, malgré les efforts multipliés des hommes illustres qui avaient précédé Laennec dans la carrière. Mais le stéthoscope ne devait pas seulement éclairer le diagnostic des affections thorachiques : déjà de Kergaradec en a fait une très-heureuse application à la grossesse; Laennec lui-même

a reconnu des ascites et des anévrismes internes à l'aide de ce moyen ; il a indiqué aux chirurgiens qu'ils pourraient en tirer un grand parti pour constater les fractures douteuses et les calculs de la vessie. Ce travail m'a paru important à faire ; j'ai cru devoir y joindre de nouvelles recherches sur le diagnostic des calculs biliaires, des corps étrangers dans l'économie, des séquestres, enfin des kystes qui renferment des corps semblables à des pepins de poire ou à des graines de melon. J'ai publié, en 1823, un mémoire sur le sujet qui nous occupe.

Dans les cas de fracture, j'ai mainte fois prouvé l'utilité du stéthoscope par des expériences sur le cadavre ; elles ont été fréquemment répétées dans mes cours de médecine opératoire. Je mettais à nu le col du fémur par des incisions convenables, pratiquées sur la partie postérieure du membre ; à l'aide d'un marteau je produisais la solution de continuité de l'os, et je le faisais ensuite mouvoir pendant qu'on appliquait l'oreille sur l'instrument de Laennec, qu'on avait préalablement placé comme nous le dirons plus tard : la crépitation était ainsi facilement perçue. Cette expérience est si concluante que des personnes même inexpérimentées, arrivant auprès du cadavre couché en supination, reconnaissaient sur-le-champ la fracture en comparant les sensations différentes fournies par les deux membres.

Des fractures.

Les expériences que j'ai faites sur le cadavre et que j'ai ensuite appliquées à l'homme vivant dans ma pratique particulière, et surtout au bureau central et à l'hôpital de la Pitié, me font poser en principe qu'il n'y a pas de fractures douteuses, abstraction faite de quelques solutions de continuité de la boîte osseuse du crâne et des fêlures des os; je parlerai plus tard de faits de ce dernier genre, dont j'ai montré les pièces à l'Académie royale de Médecine. A l'aide du stéthoscope, la tuméfaction n'est jamais assez considérable pour masquer la crépitation; de très-légers mouvements suffisent presque toujours pour qu'elle soit perçue. Nos malades ne seront donc plus exposés aux erreurs si funestes du diagnostic des fractures; nous aurons la satisfaction de les soustraire aux douleurs violentes, suite trop souvent inévitable des moyens ordinaires d'investigation.

On a dit que la crépitation était plutôt sentie par la main que perçue par l'oreille : voilà de la pure théorie, car tous les hommes qui ont fait de la chirurgie au lit du malade savent que cette crépitation est quelquefois tellement légère qu'il est absolument impossible au toucher de l'apprécier et que l'ouïe laisse subsister des doutes; en perfectionnant ce sens à l'aide du stéthoscope, toutes les incertitudes disparaissent; nous en avons donné la preuve à l'hôpital de la Pitié.

Règles générales pour l'application du stéthoscope.

1° Lorsqu'on applique le stéthoscope sur la fracture elle-même, il est à peu près indifférent de se servir de l'embout ou d'en faire abstraction ; mais, à mesure qu'on s'éloigne du point fracturé, la crépitation est plus sensible quand l'instrument est dépourvu de l'embout.

2° Plus les os sont superficiels, plus la crépitation est forte; des mouvements à peine appréciables suffisent pour la produire; elle est plus sensible sur la fracture : or, non-seulement nous constatons la solution de continuité de l'os, mais encore nous précisons son siége. Il serait inutile de faire remarquer combien nous évitons de manuductions douloureuses. Pour bien connaître le siége de la fracture, il est indispensable que les mouvements imprimés aux fragments soient toujours les mêmes.

3° En général, la crépitation est moins appréciable à mesure qu'on s'éloigne davantage du point fracturé; d'ailleurs elle se fait entendre à des distances presque inconcevables quand on n'a pas fait soi-même des essais; faisons remarquer qu'alors il faut qu'elle soit un peu forte; plus loin nous en fournirons des exemples.

4° Une fracture existe-t-elle avec chevauchement des fragments, la crépitation est moins facile à reconnaître; si une oreille très-exercée ne l'entendait pas assez distinctement, il serait facile de la rendre plus

forte après avoir pratiqué une extension et une contre-extension ordinairement légères.

5° La crépitation produite par les fragments des os compactes fournit des sons aigres, de forts petillements; perçus à l'aide du stéthoscope, ils sont souvent éclatants et fatiguent quelquefois l'oreille.

6° La crépitation des fragments des os spongieux est sourde et semblable à l'action d'une lime sur un corps dur et poreux (la pierre ponce, par exemple); ce bruit est de temps en temps entrecoupé par des sons un peu plus forts, qui ont une certaine analogie avec ceux fournis par la crépitation des os compactes.

7° La crépitation des fractures obliques est plus forte que celle des fractures transversales.

8° Si des liquides sont épanchés autour des fragments, il se joint à la crépitation un bruit semblable à celui que produit le pied dans un mauvais soulier qui contient de l'eau.

9° Lorsque la fracture est compliquée d'esquilles, l'on entend, avec la crépitation ordinaire, une sorte de petillement semblable à celui que fourniraient plusieurs corps durs, anguleux, qui frotteraient les uns contre les autres.

10° Quand la fracture existe avec plaie des parties molles, à la crépitation se joignent des sons qui ressemblent à ceux que font entendre des inspirations et des expirations fortes, la bouche étant toujours maintenue largement ouverte.

11° Les luxations ne peuvent pas être confondues avec les fractures, car le bruit produit par les surfaces articulaires déplacées est léger; il ne s'entend, pour ainsi dire, que sur le lieu même du déplacement; il est sourd : c'est celui de deux surfaces polies et humides mues l'une sur l'autre.

12° Le glissement des tendons dans leurs gaînes fournit des sons pleins, sourds, saccadés, rares et extrêmement distincts de la crépitation.

Nous ne terminerons pas ces généralités sans recommander, même aux personnes qui ont l'habitude du stéthoscope, d'exercer quelquefois sur le cadavre leurs oreilles à la crépitation. Si nous en jugeons par nous-même et par nos prosecteurs, MM. Ricard, Ziégler, Van-Mons et Costin, qui ont assisté à nos recherches, l'ouïe a besoin d'une certaine éducation pour bien apprécier les nuances qu'offre la crépitation.

Règles particulières pour l'application du stéthoscope.

Fractures du tibia.

Les pathologistes conviennent que la fracture du tibia est quelquefois difficile à reconnaître, surtout lorsque le malade a pu marcher. La douleur qui se prolonge au delà de son terme ordinaire, l'empâtement qui survient sur un point du trajet de l'os, les secousses qu'éprouve le malade pendant le sommeil, ne sont

que des signes équivoques; souvent la tuméfaction empêche de reconnaître les inégalités osseuses. On sait que dans certains cas il est fort difficile de mettre suffisamment en jeu la mobilité des fragments; enfin, avec toutes les circonstances que je viens d'énoncer, la fracture peut avoir lieu sans déplacement. Si la crépitation est perçue, elle est obscure, surtout pour des praticiens ordinaires; met-on en usage le stéthoscope, imprime-t-on de très-légers mouvements, toutes les difficultés sont vaincues.

Crépitation peu sensible à la partie postérieure de la jambe: on l'entend sur toute l'étendue de la cuisse, sur la crête iliaque, sur le sacrum, et jusque sur la moitié du rachis, mais elle est plus distincte à mesure qu'on approche du lieu fracturé : place-t-on l'instrument sur le point du péroné diamétralement opposé à la fracture, le bruit de la crépitation est moindre que dans toute l'étendue du tibia; il est d'ailleurs moitié moins fort que sur la solution de continuité de l'os.

Fractures du péroné.

Tiers inférieur. Lorsque la tuméfaction est considérable, la luxation du pied en dedans est une circonstance qui peut faire présumer la solution de continuité du péroné : je dis présumer, car lors même, qu'après la réduction, le pied jouirait d'une grande mobilité et se luxerait spontanément, l'on n'aurait point la preuve de

l'existence d'une fracture, puisque la rupture des ligaments peut permettre cette mobilité insolite; d'ailleurs, rien n'est plus commun que de voir une luxation simple du pied se reproduire quand ce membre est abandonné à lui-même. Pour les chirurgiens les plus exercés, il est certaines fractures du tiers inférieur du péroné dont le diagnostic reste quelquefois douteux. Quoiqu'il n'existe pas d'épanchement, quoique les parties molles aient presque conservé leur volume normal, l'on sait qu'à l'oreille nue il est quelquefois impossible de percevoir la crépitation des fragments.

Si l'on exerce quelques pressions sur le trajet de l'os fracturé, si l'on a recours au stéthoscope, cette crépitation est extrêmement distincte sur le siége de la fracture; elle l'est moins sur la partie moyenne de l'os que sur sa tête, à cause de la présence des muscles qui recouvrent le corps du péroné; pour la même raison, elle est plus appréciable sur la crête iliaque que sur la cuisse.

Quand on ausculte sur le point du tibia correspondant à la fracture du péroné, l'on entend que la crépitation est éloignée. Quand on pose le stéthoscope sur le tibia plus haut ou plus bas que la fracture du péroné, l'on n'éprouve qu'une sensation très-obscure.

Partie moyenne. A cette hauteur, la fracture est souvent difficile à reconnaître; l'os est plus profondément situé. Assez fréquemment des erreurs ont été commises; on les évitera certainement avec le stéthoscope:

la crépitation sera mieux appréciée sur la fracture que sur la tête du péroné et que sur la malléole externe.

Fractures de la jambe.

Stéthoscopie. Sensation de surfaces multiples qui frottent les unes contre les autres ; bruit également sensible en dehors et en dedans de la jambe : il est perçu très-distinctement jusqu'à la partie moyenne de la colonne vertébrale; mais il diminue à mesure qu'on s'éloigne de la fracture.

Il est évident, d'après les faits que nous venons d'établir, que l'on peut facilement, avec le stéthoscope, distinguer la fracture du péroné de celle du tibia, et la fracture de la jambe de celle de chacun de ces os en particulier.

Fracture longitudinale de la rotule.

Elle est très-difficile à constater. Le léger écartement des fragments dont parle Lamotte est impossible à reconnaître, pour peu qu'il existe de tuméfaction. Il n'est pas d'ailleurs facile d'imprimer aux fragments des mouvements qui puissent faire apprécier la crépitation et leur mobilité. Les recherches multipliées et long-temps continuées auxquelles on se livre sont très-dangereuses, sous le rapport du développement de l'inflammation ; la douleur qu'elles déterminent est très-vive.

La stéthoscopie détruit en un instant tous les doutes ; le plus léger mouvement suffit pour faire entendre une crépitation, un fourmillement plus sensible sur le lieu fracturé que partout ailleurs, et perceptible jusque sur la crête iliaque.

Fracture transversale de la rotule.

1° Un chirurgien prudent ne fera jamais marcher le malade pour établir le diagnostic de cette fracture ; car la marche aurait le grave inconvénient de déchirer la couche aponévrotique et fibreuse, si elle avait résisté à la cause fracturante et à l'action des muscles.

2° Les signes commémoratifs ne peuvent jamais servir de base à un diagnostic solide.

3° Nous proscrivons, pour les raisons que nous venons d'exposer, les mouvements de flexion imprimés à la jambe du côté malade.

4° Lorsque l'engorgement des parties molles existe à un certain degré, il n'est plus permis d'apprécier l'intervalle établi entre les fragments, quoiqu'il soit assez considérable.

5° Pour entendre ou sentir la crépitation sans le secours du stéthoscope, on fera naître beaucoup de douleur : on imprimera aux os de grands mouvements, qui non-seulement aviveront la phlegmasie, mais qui pourront aussi produire des déchirures.

L'auscultation médiate fait éviter ces dangers : avec

elle le plus léger mouvement produira distinctement la crépitation ordinaire des os spongieux. L'on sait qu'il faudra toujours mettre le membre abdominal dans l'extension, et que, pour peu que l'écartement soit marqué, on devra rapprocher les fragments. N'omettons pas de dire que lorsqu'il s'agit des fractures de la rotule, il se joint au bruit de la crépitation la sensation produite par le frottement des surfaces articulaires entre elles.

Fractures de la cuisse.

Cette maladie est ordinairement facile à diagnostiquer; mais pour la bien constater par les moyens connus, l'on causera quelquefois beaucoup plus de douleur que si l'on employait le stéthoscope. Appliqué sur la fracture, il fait mieux entendre la crépitation qu'ailleurs; elle est sensible dans toute l'étendue du membre, sur la crête iliaque, sur l'abdomen, sur le rachis, et même sur le sinciput; on la perçoit sur le thorax : alors au bruit de la respiration se joignent des sons profonds, sourds, éloignés, semblables à ceux que l'on entend dans le lointain d'une vaste caverne.

Fractures du col du fémur.

Dans un grand nombre de cas, le diagnostic de cette fracture est si difficile à établir, que, malgré la description lumineuse qu'en ont donnée Boyer et Richerand,

il n'est pas, je crois, de maladie qui ait plus souvent occasionné des méprises ; en effet, le raccourcissement du membre, l'ascension du grand trochanter, n'existent pas toujours, ou sont si faibles, si légers, qu'il est très-difficile de les constater : pour y parvenir plus facilement j'ai conseillé dans mon mémoire, publié en 1823, de mesurer la longueur respective des membres abdominaux avec un lien qui, partant de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, viendrait se rendre directement sur la partie inférieure de la malléole externe : il faut se mettre en garde contre les déviations et les fractures du bassin, qui ont souvent fait commettre de graves erreurs.

Il est des sujets chez lesquels les manœuvres employées pour reconnaître la fracture ont allongé le membre; alors les fragments taillés obliquement s'arc-boutent l'un contre l'autre par leurs extrémités, ou bien les muscles paralysés se sont laissés distendre et restent dans cet état : voilà encore de nouvelles sources d'erreurs ; car, dans le premier cas, il peut devenir difficile de donner à la cuisse sa longueur ordinaire et de produire son raccourcissement.

La rotation du pied en dehors n'est pas constante (Paré, J.-L. Petit, Desault); la facilité de rendre au membre sa longueur et sa rectitude accoutumées par de légers efforts d'extension est un symptôme qui n'existe pas toujours. On trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* l'observation d'un malade que j'ai montré pu-

bliquement, et sur lequel tous les signes de la luxation en haut et en avant existaient : il serait inutile de les indiquer ici ; il y avait un peu de tuméfaction des parties molles à l'aine : je crus moi-même à l'existence de cette luxation, ainsi que plusieurs confrères distingués qui visitèrent alors notre hôpital.

La contre-extension ayant été établie, six aides exercèrent l'extension ; leurs efforts furent infructueux : je recommençai les tentatives de réduction avec dix aides ; j'entendis alors, à mesure que le fémur cédait aux efforts exercés sur lui, un bruit violent ; je sentis une sorte de crépitation, qui me fit croire que je venais de fracturer le col de l'os. Après avoir réfléchi un instant, j'examinai le pli de l'aine avec attention : je n'y trouvai point la tête du fémur, elle n'était pas sur les parties environnantes ; le membre était un peu raccourci ; de légères tractions suffisaient pour lui redonner sa longueur normale, qu'il perdait quand on cessait ces tractions ; la crépitation se faisait entendre, en un mot tous les signes de la fracture du col du fémur existaient. Nous plaçâmes le membre dans la position à demi fléchie sur le double plan incliné d'oreillers ; le malade guérit sans claudication au terme ordinaire.

Il est évident pour nous, et pour tous ceux qui ont vu le malade, que très-probablement la fracture avait eu lieu à ras la tête de l'os ; que la cause fracturante elle-même, ou mieux encore des manœuvres imprudentes, avaient amené dans l'aine l'extrémité supérieure du

fragment inférieur, et qu'elle y était maintenue comme dans les cas de luxation ordinaire de ce genre. Nous n'avons pas besoin de dire que nous ne pûmes pas distinguer la partie supérieure du fragment, de la tête du fémur; nous répétons qu'il existait un peu de tuméfaction sur les parties molles.

La petite étendue des arcs de cercle décrits par le grand trochanter exige des mouvements de rotation fort douloureux. Suivant les sujets, la longueur du col du fémur offre beaucoup de variétés; ce col proémine d'ailleurs d'autant moins que la cavité cotiloïde est plus profonde; l'angle qu'il forme en s'unissant au fémur est loin d'être toujours le même : de là une saillie plus ou moins marquée. J'ai eu occasion de voir ces faits d'anatomie sur le grand nombre de cadavres que j'ai eus à ma disposition dans l'espace de dix-huit ans, pendant lesquels j'ai fait exercer nos élèves studieux à la manœuvre des opérations. Ces faits pourraient encore en imposer.

On verra dans la *Gazette médicale* de Paris un autre moyen d'investigation que j'ai indiqué dans mes cours de pathologie externe : on place les trois doigts du milieu de la main droite sur le point des téguments qui correspond à la face antérieure de la tête du fémur; un aide exerce sur celui-ci des mouvements dans différents sens; on sent que cette portion de l'os n'y participe pas ou n'y est que très-faiblement soumise. On répète cette expérience du côté sain, et l'on s'assure

que, dans ces deux cas, la sensation diffère tellement, que les élèves les moins exercés, et qui ne sont pas prévenus, constatent facilement les avantages de ce moyen ; mais pour reconnaître rigoureusement la position de la tête du fémur, je donne, chez l'adulte, la règle suivante : faites partir de la région inférieure de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, parallèlement à l'axe de la cuisse, une ligne d'un pouce de longueur ; de l'extrémité inférieure de celle-ci tirez-en une seconde perpendiculairement à l'axe du membre; celle-là sera longue d'un demi-pouce; son extrémité interne reposera sur le côté externe de la tête du fémur ; mais pour constater le signe que je viens d'indiquer, on a vu que de grands mouvements sont indispensables, d'où naît beaucoup de douleur.

On lit dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, l'histoire d'un malade qui put se relever de sa chute et regagner son logis après s'être fracturé le col de fémur. Desault et Laennec rapportent des observations semblables; des faits recueillis par Louis, Duverney, Sabatier, prouvent que le déplacement des fragments n'existe pas toujours immédiatement. Il n'est donc pas étonnant que les maîtres de l'art, quelquefois même réunis en consultation, hésitent souvent à établir leur diagnostic, quoique quelques-uns d'entre eux aient, depuis plusieurs jours, observé le cas pathologique. Qu'en doit-il être des hommes qui ne sont pas très-versés dans les sciences chirurgicales? Abstraction

faite du cas extraordinaire dont nous avons parlé à l'occasion du fragment inférieur qui s'était porté dans l'aine, toutes ces hésitations, toutes ces difficultés s'évanouissent par l'emploi de l'instrument de Laennec : imprime-t-on de légers mouvements au membre, la crépitation est perçue ; elle paraît aussi forte sur la partie antérieure de la crête iliaque que sur la région antérieure de l'articulation coxo-fémorale ; elle est très-remarquable sur la rotule ; on l'entend le long de la jambe.

Le décollement de l'épiphyse de la tête du fémur, l'enfoncement de la cavité cotiloïde, observés par Ludwig, doivent fournir des bruits particuliers ; je ne possède aucune donnée sur ces faits, je les signale à l'attention des praticiens.

Fractures du bassin.

J'ai dit depuis longtemps, et ce principe se trouve dans mon mémoire publié en 1823, qu'en touchant par le rectum et par le vagin on parvenait souvent à constater des fractures du bassin qui avaient échappé aux autres moyens d'investigation ; mais le doigt ne pénétre pas toujours à une assez grande hauteur pour faire recônnaître ces maladies : alors le diagnostic peut être incertain. Toutes les fois que les fragments jouiront d'un peu de mobilité, le stéthoscope apprendra qu'il y a fracture ; il indiquera même quel en est le siége.

Fractures du radius.

Cette fracture est facile à reconnaître à quelque distance de l'articulation du poignet; toutefois, pour bien la constater, il faut souvent imprimer à l'os des mouvements multipliés et douloureux. Quand la rupture siége très-près de l'extrémité inférieure du radius, les praticiens conviennent que son diagnostic est obscur; il le devient davantage par la tuméfaction qui masque la légère saillie que forme ordinairement le fragment supérieur, vers la face palmaire de l'avant-bras : alors on pourrait confondre la solution de continuité de l'os avec la luxation du poignet; car la douleur empêche souvent les mouvements de la main; dans le cas où ils seraient exécutés, le gonflement les rendrait incomplets et ne permettrait pas aisément de sentir si l'apophyse styloïde les suit ou si elle reste immobile. Dupuytren a été trop absolu en avançant que toute luxation du poignet était compliquée de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il est évident que c'est là la règle générale, et que le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu a rendu un grand service en fixant l'attention sur ce point important de la science; mais il est des exceptions, et tous les raisonnements doivent se taire lorsque les faits ont parlé. On trouvera dans la *Gazette des Hôpitaux* l'observation d'une femme qui fut montrée publiquement dans mon service et sur laquelle nous constatâmes, à

l'aide de tous les moyens d'investigation connus, l'existence d'une luxation en avant du poignet : il fut impossible de reconnaître la moindre trace de fracture sur le radius; si la solution de continuité de l'os avait eu lieu, il aurait été très-facile de l'apprécier, puisqu'il n'existait presque aucune tuméfaction sur les parties molles et que le sujet était maigre. Ainsi, ce fait seul, et nous en possédons d'autres, suffit pour démontrer la véracité de la proposition que nous soutenons, quoi qu'en aient pu dire les hommes exclusifs.

Le stéthoscope jouit encore ici de ses précieux avantages dans les cas de fractures : il fait percevoir la plus légère crépitation ; elle est plus sensible sur le siége de la solution de continuité de l'os. Place-t-on le cylindre sur le point du cubitus diamétralement opposé à celui que nous venons d'indiquer, le bruit est moindre que dans toute l'étendue du radius; on l'entend d'ailleurs jusque sur l'humérus.

Si l'on meut le radius seul, quand il est fracturé, l'on entend la crépitation; mais des mouvements sont-ils exécutés ensuite seulement par le cubitus, quand il ne présente pas de fracture, on n'entend point de crépitation. Cette règle s'applique au tibia et au péroné. Rien n'est donc plus facile que de constater l'existence d'une fracture siégeant sur un seul des os de la jambe ou de l'avant-bras.

L'on suivra, pour la fracture du cubitus, les règles que nous venons d'indiquer pour celles du radius.

Fractures de l'avant-bras.

Le stéthoscope préservera encore le malade des douleurs violentes que lui feraient éprouver, dans quelques cas, les moyens ordinaires d'investigation : il fournit une crépitation plus distincte sur le lieu fracturé ; aussi distincte en dehors qu'en dedans du membre, on l'entend jusqu'à la partie supérieure du sternum, jusque sur la tête. Comme à la jambe, la crépitation donne la sensation de surfaces multiples qui frotteraient les unes contre les autres. Or, la fracture de l'avant-bras est facile à distinguer, par la stéthoscopie, de la fracture du radius ou du cubitus ; mais, quoi qu'on en ait dit, les os longs, chez les enfants, et même chez des sujets âgés de quinze à dix-huit ans, sont susceptibles de fléchir outre mesure sans solution de continuité, au moins apparente ; ils peuvent conserver ce degré de flexion outrée, d'où naissent des courbures très-vicieuses qui constituent de graves difformités. M. Campaignac a montré à l'Académie un exemple de ce fait ; j'en ai présenté un autre à cette société savante. Ici le stéthoscope ne fait entendre aucune crépitation ; des pressions même assez légères, exercées sur la convexité de la courbure insolite de l'os, la font disparaître, pour la reproduire avec la même facilité si elles sont appliquées sur le point diamétralement opposé.

Fractures de l'olécrâne.

Le diagnostic de cette solution de continuité est facile lorsqu'il y a peu de tuméfaction ; mais les parties molles ont-elles beaucoup augmenté de volume, existe-t-il des épanchements, l'écartement est-il peu marqué, la fracture peut être méconnue; on peut la prendre aussi pour la luxation en arrière de l'avant-bras. Une violente inflammation rendra les mouvements du membre tout aussi difficiles que le déplacement des surfaces articulaires ; alors il n'est pas très-aisé de constater la maladie par les moyens ordinaires : on y parvient avec le stéthoscope.

Crépitation plus sensible sur le lieu fracturé, plus distincte sur le cubitus que sur le radius, et aisément perçue sur la partie antérieure de l'article; pour l'apprécier, on suivra les principes établis pour les solutions de continuité de la rotule. Il n'est pas besoin de faire observer de nouveau qu'il est impossible de confondre le bruit de la crépitation avec celui que fournit le frottement des surfaces articulaires.

Fractures du corps de l'humérus.

Stéthoscopie. Crépitation plus sensible sur le lieu fracturé, moins distincte sur l'avant-bras et sur la partie supérieure de l'humérus, à peine appréciable sur la

partie supérieure de la poitrine et sur le côté de la tête correspondant à la maladie. Le stéthoscope a, pour la fracture du corps de l'humérus, tous les avantages que nous avons signalés à l'occasion de la fracture du corps du fémur.

Fractures du col de l'humérus.

Malgré l'excellente description qu'on a donnée de cette fracture, il arrive malheureusement quelquefois que des chirurgiens la confondent avec une luxation sur le scapulum : nous avons eu occasion de nous en convaincre au bureau central et à l'hôpital de la Pitié, sur des malades qui avaient été traités, soit en ville, soit à la campagne.

Il est trop facile d'apprécier la crépitation à l'aide du stéthoscope, pour que désormais cette méprise puisse être commise.

Crépitation plus sensible sur le lieu de la fracture, moins perceptible sur le moignon de l'épaule, un peu moins sur l'extrémité sternale de la clavicule et sur la partie supérieure du scapulum, beaucoup moins vers la fourchette du sternum et sur l'angle inférieur de l'omoplate, peu marquée sur le larynx, distincte dans toute l'étendue du membre.

D'après ce que nous avons dit de l'auscultation médiate appliquée aux solutions de continuité des os, nous croyons qu'il est inutile de nous occuper des frac-

tures du tarse et du carpe, du métatarse et du métacarpe, ainsi que des phalanges.

Fracture de la clavicule.

Une tuméfaction considérable des parties molles peut rendre difficile le diagnostic de cette fracture, quand on n'a pas fait beaucoup de chirurgie ; mettez en usage le stéthoscope : toutes les difficultés seront levées.

La crépitation est plus sensible sur le lieu de la fracture ; on l'entend sur toute l'étendue du membre thorachique et sur le sternum ; elle est très-dictincte sur le moignon de l'épaule, sur la partie supérieure du scapulum et sur le larynx ; on la perçoit bien sur l'angle inférieur de l'omoplate ; elle est confuse sur les parties latérales du thorax et sur la partie moyenne du rachis.

Fractures des côtes.

La tuméfaction inflammatoire, l'infiltration séreuse, l'emphysème, un grand embonpoint, obscurcissent souvent le diagnostic de ces fractures ; nous en avons montré des exemples à la clinique de l'hôpital de la Pitié. Les pressions assez fortes qu'on est obligé d'exercer ordinairement sur les côtes pour s'assurer de leur solution de continuité, exposent au danger d'enfoncer les fragments, de déchirer la plèvre pulmonaire, de léser plus ou moins profondément le poumon. L'ausculta-

tion médiate soustrait le malade à ces graves inconvénients; elle fournit une crépitation presque toujours sourde, distincte des autres bruits qu'on entend dans la poitrine, et semblable à celui que rend le fond d'un chapeau qu'on abaisse et qu'on relève alternativement. Quelquefois l'on perçoit la sensation que donne à l'oreille la crépitation ordinaire des os formés de tissu compacte.

Fractures du scapulum.

Lorsque le système musculaire est très-développé, il n'est pas facile de reconnaître la fracture longitudinale de l'omoplate ; elle existe en effet sans déplacement. Si l'on voulait en admettre, on devrait au moins convenir qu'il est presque nul; il y a peu ou point de déformation appréciable : il n'est pas aisé de saisir les fragments pour sentir leur mobilité et entendre leur crépitation à l'oreille nue. La fracture est-elle transversale ou oblique? Dans ce dernier cas surtout, le diagnostic est le plus souvent très-difficile à établir.

A l'aide du stéthoscope, l'on perçoit avec facilité le bruit qui résulte du frottement des fragments; il ressemble à celui que produiraient deux lames de bois minces dont les bords, chevauchant un peu, glisseraient l'un sur l'autre.

Fractures de l'acromion.

Une tuméfaction considérable des parties molles peut beaucoup embarrasser le chirurgien quand il s'agit de la fracture de l'acromion ; alors il n'est pas facile de sentir cette apophyse, et de bien apprécier la légère inclinaison du moignon de l'épaule. Le gonflement empêche encore de constater exactement que le bras pend davantage du côté du tronc. Les douleurs très-fortes qu'éprouve le malade s'opposent, jusqu'à un certain point, au refoulement du membre en haut.

Si nous voulons des notions claires et précises sur l'existence de la maladie, nous emploierons encore le stéthoscope; imprimons-nous alors quelques légers mouvements à l'humérus? ordinairement, point de crépitation. Faisons-nous mouvoir un peu le scapulum? crépitation très - distincte et perçue sur toute l'étendue de l'omoplate et du bras; elle est obscure sur le sternum.

Fractures de la colonne vertébrale.

Jusqu'aujourd'hui, l'on a souvent confondu les fractures des vertèbres avec leurs luxations; de nombreuses autopsies attestent ce fait. Les mouvements les plus faibles suffisent pour faire apprécier la crépitation à l'aide du stéthoscope; elle est toujours plus marquée

sur la solution de continuité : ordinairement elle ne s'entend qu'à une petite distance de ce point.

Fractures de la mâchoire.

Quand la tuméfaction des parties molles existe, et que les fragments osseux ne sont pas déplacés, un chirurgien peu exercé méconnaît quelquefois cette fracture; on la constatera avec le stéthoscope. La crépitation est plus sensible sur le lieu de la solution de continuité de l'os : on l'entend sur toute la tête et jusque sur le larynx. Il serait inutile de nous occuper des fractures des autres os de la face : les règles générales de stéthoscopie que nous avons établies suffisent.

Fractures des os du crâne.

Les travaux de Van-Swieten, Ledran, Pott, Desault, Sabatier, et de tant d'autres que je pourrais citer à juste titre, prouvent combien il est souvent difficile de constater les fractures du crâne; mais, toutes les fois que les fragments soumis à la pression jouiront de la plus légère mobilité, nous sommes convaincus, par des essais d'abord tentés sur des animaux et ensuite sur l'homme vivant, que le stéthoscope fera entendre la crépitation et pourra même indiquer le siége de la solution de continuité de l'os; il en sera de même de l'écartement des sutures.

Quant à la fracture des condyles de l'humérus et du fémur, de la malléole interne, etc., le stéthoscope fournit le bruit de la crépitation des os spongieux uni à celui du glissement des surfaces articulaires.

Calculs urinaires. — Application du stéthoscope.

L'illustre Desault, lui-même, prit une tumeur fongueuse de la vessie pour un calcul ; de nos jours on a taillé des malades chez lesquels on n'a pas trouvé de pierre. Je sais qu'avec les instruments lithotriteurs on évite cette méprise; néanmoins le stéthoscope peut encore ici être heureusement appliqué.

Pour qu'il fournisse des sensations plus distinctes, on le met, dépourvu de l'embout, sur le corps des pubis, ou sur la partie postérieure du sacrum; si le cathéter est introduit dans une vessie vide d'urine et qui ne contient pas de calcul, les mouvements réguliers que l'on imprime à cet instrument font entendre des sons semblables à ceux de la pompe foulante mise en jeu.

La sonde produit quelquefois dans la vessie contenant peu d'urine le bruit de la salive agitée dans la bouche ; mais s'il existe un calcul, on entend une espèce de cliquetis extrêmement distinct, ou bien encore des sons qui ressemblent à ceux, fournis par l'action d'une lime sur un corps dur très-compacte ou sur un corps poreux. Les plus légers mouvements imprimés au

cathéter donnent les dernières sensations que nous venons d'énoncer.

Nous avons placé des tissus mous dans la vessie : l'instrument de Laennec nous a fourni les données indiquées, quand la vessie est vide ou quand elle contient un peu d'urine. M. Serres, qui a assisté à nos recherches s'en est convaincu comme nous.

Calculs biliaires. — Application du stéthoscope.

Le diagnostic des calculs biliaires est souvent très-obscur, et cependant l'on met en usage les moyens propres à les combattre. Nous avions pensé depuis longtemps que le stéthoscope pourrait les faire reconnaître : nous avons tenté infructueusement quelques essais, mais sur un sujet dont le foie débordait légèrement les côtes, des pressions exercées sur elles et autour d'elles nous firent entendre, à l'aide du stéthoscope, un bruit semblable à celui de petites pierres étroitement logées, glissant les unes sur les autres; l'autopsie nous montra plus tard trois calculs biliaires peu volumineux. Il est utile, pour faire l'exploration dont nous nous occupons, que les muscles de l'abdomen soient dans le relâchement.

Application du stéthoscope pour reconnaître quelques autres maladies.

Quand les corps étrangers doués de sonoréité sont placés dans l'oreille ou les fosses nasales, le pharynx

l'œsophage, le rectum, le vagin, la matrice, le trajet des plaies ou des fistules, etc., et qu'ils ne peuvent pas être constatés par les moyens ordinaires, le stylet ou la sonde cannelée et le stéthoscope indiquent facilement leur présence ; il en est de même de la carie, des nécroses et des séquestres. Ici les règles de la stéthoscopie sont si simples, d'après les principes établis dans ce travail, que nous nous abstiendrons de les indiquer.

Des kystes renferment des corps semblables à des pepins de poire ou à des graines de melon : sont-ils profondément situés, une assez forte inflammation siége-t-elle sur les parties molles qui les recouvrent, ces corps étrangers sont-ils peu nombreux? c'est avec le stéthoscope qu'on peut bien les reconnaître.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES FRACTURES

ET LEUR TRAITEMENT.

Les fractures incomplètes existent quoiqu'elles aient été niées par un très-grand nombre de chirurgiens : les observations de MM. Ribes, Larrey et Jules Cloquet prouvent qu'elles sont possibles.

Une jeune fille fut renversée par une voiture dont

l'une des roues passa sur sa poitrine; elle fut apportée immédiatement à l'hôpital de la Pitié : je constatai un grand nombre de fractures de côtes et des lésions très-profondes dans le thorax. La malade succomba quelques heures après son accident. Nous détachâmes les côtes du sternum et de la colonne vertébrale avec beaucoup de précaution : sur quelques-unes s'observait la fracture de la table antérieure de l'os seulement; sur d'autres se voyait uniquement la solution de continuité de la table postérieure : ces pièces d'anatomie pathologique ont été présentées à l'Académie royale de Médecine. M. Campaignac a montré à cette société savante un péroné qui offrait aussi une fracture du même genre. D'après ces faits, on ne peut donc plus contester l'existence des fractures incomplètes des os longs.

On a encore nié pendant fort longtemps la possibilité des fractures longitudinales : la chirurgie militaire, qui a d'ailleurs tant rendu de services à la science et à l'humanité, en a fourni des exemples. J'ai présenté à l'Académie royale de Médecine une côte appartenant à la jeune fille dont je viens de parler : une solution de continuité du genre de celle dont nous nous occupons se faisait remarquer sur presque toute l'étendue du diamètre longitudinal de l'os.

Pendant fort longtemps on n'a pas voulu croire aux enfoncements des os sans fractures : sur la jeune fille dont l'autopsie a déjà été si féconde en faits très-remarquables, deux côtes offraient l'enfoncement sans

fracture dont nous entretenons le lecteur. Ces deux belles pièces d'anatomie pathologique ont été soumises à l'Académie royale de Médecine.

Abstraction faite des cas dans lesquels l'inflammation est extraordinairement violente, les chirurgiens ont l'habitude d'appliquer l'appareil immédiatement après qu'une fracture a été produite : je ne partage pas cette opinion. Il suffit de lire une lettre écrite par Chaussier à l'ancienne Académie royale de Médecine, pour se convaincre du danger d'une forte compression appliquée aux fractures même simples. On sait que les escarres et les sphacèles ne sont pas malheureusement assez rares. Il n'y a pas longtemps qu'on en a vu un exemple dans l'un des hôpitaux de Paris.

Un jeune homme fit, à Auteuil, une chute de cheval : il se fractura le bras ; un chirurgien distingué appliqua immédiatement un appareil ; quatre ou cinq jours après, une grande étendue du membre thorachique était sphacélée. Dupuytren fut appelé : il pratiqua l'amputation du bras ; le malade succomba.

Un enfant se fractura l'avant-bras à sa partie inférieure : un médecin de Paris appliqua, sur-le-champ, un appareil ; il existait alors assez peu de tuméfaction : la gangrène survint, je pratiquai avec succès l'amputation du bras. Je fus appelé quatre ou cinq jours après les événements de juillet 1830 auprès d'un blessé chez lequel une balle avait traversé la partie supérieure de la jambe et en avait fracturé les deux os. Un appareil avait

encore été appliqué quelques moments après la blessure; la jambe fut frappée de mort; déjà la peau de toute l'étendue de la cuisse était bleuâtre; des gaz septiques avaient envahi presque toute l'épaisseur du membre; ces gaz existaient même dans les parois antérieure et latérales de l'abdomen. Des phénomènes morbides généraux fort intenses ne permettaient plus de pratiquer une amputation; le malade succomba quelques heures après.

Quoiqu'on soit moins disposé, en général, à publier les revers que les succès, on trouve souvent dans les journaux de la science des observations de gangrène produite par l'application immédiate de l'appareil. Admettrons-nous en faveur de l'opinion que nous défendons les expériences de Troja? cet observateur avance qu'à l'aide d'une compression assez forte, il empêche, chez les animaux, le cal provisoire de se former autour des fragments d'une fracture. Ces faits paraissent fort concluants; mais j'hésite à leur donner en thérapeutique chirurgicale toute l'importance qu'on pourrait leur attribuer. Dupuytren mettait en usage l'application immédiate de l'appareil; on sait que j'ai suivi bien longtemps sa pratique, surtout à l'Hôtel-Dieu : je n'ai pas vu la compression empêcher la formation du cal provisoire.

Quand une fracture est très-simple, j'applique l'appareil immédiatement; je le surveille avec beaucoup d'attention, et je le lève toujours au plus tard le lende-

main. Cette précaution me paraît indispensable ; car il est des sujets chez lesquels la gangrène se développe avec une grande facilité. Si un vieillard se fracture le col du fémur, le membre à demi fléchi est placé sur le double plan incliné fait avec des oreillers : on se sert pour le fixer de draps ployés en cravate, attachés par leurs deux extrémités sur les barres du lit ; ces draps, qui croisent l'axe du membre à angle droit, sans faire aucun circulaire, exercent une pression bien légère ; mais est-elle permanente, oublie-t-on de la changer de place ; assez souvent, elle produit des rougeurs, des excoriations et même des escarres.

Il est des individus jeunes, paraissant d'ailleurs jouir d'une excellente santé, sur lesquels la gangrène se développe sous l'influence d'une compression très-faible : on a vu cette année, à l'hôpital de la Pitié, une jeune personne très-robuste à laquelle nous avons pratiqué une section du tendon d'Achille ; de légères pressions destinées à maintenir le pied dans une position convenable déterminaient des escarres.

Un enfant d'une très-belle constitution se fractura l'avant-bras ; il n'existait presque aucune tuméfaction : nous appliquons l'appareil ordinaire, il est peu serré, le malade éprouve quelques douleurs ; on le dépanse deux heures après et on le panse ensuite de nouveau plus mollement ; la journée et la nuit se passent bien. Le lendemain, à ma visite, je découvre le membre : déjà des escarres superficielles existent sur l'avant-bras et

même sur la main, qui avait seulement été soumise, ainsi que les doigts, à l'action d'un simple bandage roulé. Aujourd'hui, 4 mai 1841, cet enfant est encore dans ma division. Ces deux derniers faits sont certainement très-rares, mais ils n'en méritent pas moins de fixer l'attention d'une manière très-spéciale.

Toutes les fois que la fracture est un peu compliquée, je n'applique l'appareil que le quatrième, le cinquième ou le sixième jour : abstraction faite des accidents sur lesquels je viens d'insister, je crois que j'évite ainsi de m'exposer à produire une inflammation plus violente, des foyers purulents, qui peuvent retarder singulièrement la guérison, exiger l'amputation du membre, gêner l'usage des moyens contentifs, donner lieu à des cals vicieux et déterminer souvent des phénomènes généraux qui font périr les malades. J'en appelle sur ce point à l'expérience de tous les chirurgiens cliniques. Depuis plus de quinze ans je mets en usage la méthode que je viens d'énoncer; on connaît les succès que j'obtiens à l'hôpital de la Pitié. Cependant, si le malade avait le délire et qu'on ne pût pas maîtriser son membre par les draps ployés en cravate, etc., etc., ce serait alors le cas de suivre le principe qui veut qu'entre deux inconvénients on choisisse le moindre.

Mais c'est ici encore que nous donnons des preuves de l'alliance heureuse de la médecine à la chirurgie : à l'application tardive de l'appareil nous associons la médication suivante :

Je fais pratiquer au bras une saignée plus ou moins large, suivant la constitution du malade; le membre est recouvert d'un cataplasme émollient renouvelé quatre ou cinq fois par jour. Je soumets le sujet à la diète la plus absolue : on place le membre dans une position convenable, on l'y assujettit à l'aide de plusieurs draps ployés en cravate. Si le pouls se soutient, si la face n'est point décolorée, si les forces musculaires ne sont pas déprimées, une seconde saignée un peu moins forte est pratiquée huit ou dix heures après la première. Lorsque, le lendemain, les forces circulatoires n'ont pas été trop affaiblies, j'ai recours à une troisième émission sanguine générale, un peu moins copieuse que la seconde; enfin, pendant trois, quatre ou cinq jours, quand il n'existe pas de plaie et quand le malade n'est pas trop faible, je fais extraire quatre-vingt-dix à cent quatre-vingts grammes de sang (trois à six onces); alors je choisis pour les saignées le point le plus éloigné du centre inflammatoire : ainsi, au bénéfice de la déplétion se joignent les avantages de la révulsion. Nous avons dit ailleurs que, dans les phlegmasies traumatiques, les évacuations sanguines peuvent être portées beaucoup plus loin que dans les autres inflammations.

Nous préférons la phlébotomie aux sangsues. Nous avons à combattre une inflammation et un épanchement sanguin plus ou moins considérables : d'après les expériences de M. Magendie, non-seulement

la saignée générale aura l'avantage de combattre la phlegmasie, mais encore en diminuant brusquement la quantité de sang contenu dans les veines, elle les rendra plus avides de liquide, et l'absorption du fluide épanché sera plus grande que si vous mettiez en usage les annélides, qui agissent sur le système capillaire. Si vous n'admettiez pas le précepte que nous venons d'émettre, n'appliquez pas les sangsues sur le membre fracturé lui-même, car nous avons vu souvent, chez des malades qui étaient venus de la ville dans notre hôpital, que les morsures de ces vers aquatiques, soumises à la pression des appareils de fractures, s'irritaient, s'enflammaient, se convertissaient en ulcérations, qui souvent s'agrandissaient et gênaient beaucoup pour l'application des moyens contentifs destinés à obtenir la consolidation des solutions de continuité des os.

Il n'est pas rare que les fractures soient compliquées de plaies des parties molles : ici, prenez-y bien garde : il est indispensable de cesser l'usage des évacuations sanguines au moment où la sécrétion du pus va commencer; l'oubli de ce principe fondamental en thérapeutique a fait bien des victimes. Est-il en effet besoin de dire que si, la sécrétion purulente ayant lieu dans une solution de continuité récente, vous tirez du sang, vous vous exposez beaucoup à la résorption du pus, dont on connaît les résultats si souvent funestes.

Quant à la diète absolue, on ne doit pas la continuer lorsque la matière purulente commence à être sécrétée,

à moins que le mauvais état du canal intestinal ne s'oppose à l'administration de toute espèce d'aliments : la faim exposerait à produire l'irritation et même l'inflammation de l'estomac ; le malade, qui pourrait être sans fièvre, vivrait trop d'ailleurs de sa propre substance : de là une absorption plus grande, de là la résorption plus facile de la matière purulente. J'insiste sur ces préceptes, que je professe depuis fort longtemps, et à l'aide desquels j'ai obtenu tant de succès contre les plaies d'armes à feu, surtout à l'hôpital provisoire du grenier d'abondance, où j'ai conservé les membres à beaucoup d'hommes dont les articulations cubito-humérales, radio-carpiennes, tibio-tarsiennes, etc., avaient été traversées par des balles : j'insiste, parce que dans notre science, comme en beaucoup d'autres choses, l'esprit d'exagération et les systèmes d'exclusion gâtent tout, parce qu'il est des chirurgiens qui ne font que la chirurgie du cataplasme, qu'il en est d'autres plus exagérés encore qui saignent à tort et à travers.

C'est à l'aide de ces moyens que j'ai guéri sans amputation, à l'hôpital de la Pitié, deux malades blessés en juillet 1830. L'un avait reçu une balle qui, après avoir labouré la cuisse, fractura le fémur comminutivement; l'autre portait une fracture du même membre : elle était produite par un boulet mort qui avait déterminé une contusion très-violente, avec broyement des parties molles dans une assez grande étendue : il ne survint aucun accident. La constitution de ces deux blessés était

très-bonne; ils avaient un excellent canal intestinal, circonstances qu'on doit beaucoup prendre en considération quand il s'agit de traiter la question de l'amputation ou de la conservation des membres. Ces faits, publiquement constatés, doivent faire justice de l'assertion émise par Dupuytren dans ses *Leçons cliniques sur les plaies d'armes à feu*, qu'on n'avait point reçu à l'hôpital de la Pitié de lésions graves des parties osseuses pendant les événements de juillet; ils sont consignés dans la *Gazette médicale* de Paris.

On pourra nous objecter que l'application tardive de l'appareil a l'inconvénient : 1° de faire souffrir le malade; 2° de retarder la formation du cal. Ces objections sont futiles; il est facile d'y répondre victorieusement. En effet, l'expérience journalière démontre dans notre hôpital, et ailleurs, que l'application de l'appareil des fractures faite immédiatement après l'accident est plus douloureuse; un grand nombre d'autopsies m'ont prouvé que, pendant l'existence des épanchements sanguins et de l'inflammation considérés comme complication des solutions de continuité des os, le cal ne se développait point; or, en détruisant plus promptement, par les moyens que nous venons d'indiquer, ces deux complications, loin de la retarder, nous hâtons la cicatrisation des os. L'expérience a sanctionné cette proposition à l'hôpital de la Pitié.

Une fracture oblique ayant lieu à la partie supérieure du tiers inférieur de la jambe, par exemple, le côté vers

lequel se déplace le fragment inférieur dépend ordinairement de la direction dans laquelle la solution de continuité de l'os s'est faite : ainsi, que la fracture soit oblique de haut en bas et de dehors en dedans, l'extrémité supérieure de ce fragment se trouve en dehors et en arrière de l'extrémité inférieure du fragment supérieur; l'on conçoit aisément qu'alors le premier se déplace en dehors et en arrière : mais si, au contraire, la direction de la fracture est oblique de dedans en dehors et de haut en bas, la partie supérieure du fragment inférieur se trouve en avant et en dedans; elle rencontre un point d'appui contre le bout inférieur du fragment supérieur, et le déplacement a lieu dans un sens diamétralement opposé à celui que nous venons d'indiquer. Ces faits, que les auteurs n'ont pas signalés, m'ont paru importants à indiquer; je les ai souvent montrés à l'hôpital de la Pitié.

Une fracture étant donnée, les uns conseillent l'extension, les autres veulent la position à demi fléchie du membre. Faisons remarquer que cette dernière expression est générique : car dans la fracture du corps du fémur, par exemple, la cuisse et la jambe, suivant nous, doivent être placées dans la position *au quart fléchie*.

J'adopte en général la position à demi fléchie. On a dit : 1° Que cette position était plus fatigante pour le malade que l'extension; tous les physiologistes connaissent l'attitude de nos membres pendant le repos ou le sommeil; 2° que quand la jambe,

par exemple, n'était pas étendue, il devenait difficile d'évaluer sa longueur respective; mais ne peut-on pas placer de la même manière celle du côté opposé, et les mesurer toutes les deux avec un lien qui, partant de la partie supérieure et interne du tibia, irait se rendre directement à l'extrémité inférieure de la malléole interne? 3° que, dans la position à demi fléchie, le déplacement était plus fréquent. On a sans doute oublié qu'ici les muscles les plus puissants contre nos moyens contentifs sont dans le relâchement; d'ailleurs, l'expérience a sanctionné l'opinion que nous défendons : j'en ai eu la preuve à l'hôpital de la Pitié, et lorsque je suivais la pratique de Dupuytren. Deux draps pliés en cravate qui iront se fixer sur les barreaux du lit, et passeront transversalement, l'un sur l'articulation du genou, l'autre sur la partie inférieure de la jambe, seront d'une grande utilité.

La position à demi fléchie ne doit pas être exclusivement mise en usage, quoi qu'en disent ses partisans : voici des faits auxquels on ne peut rien objecter.

Une fracture siége sur le tiers supérieur de la jambe, assez près des condyles du tibia : avez-vous recours à la position à demi fléchie; le fragment supérieur se déplace en avant et en dedans; il est impossible, quels que soient les moyens employés, de remédier à ce déplacement causé par les muscles demi-tendineux, demi-membraneux et grèle-interne, tendus par une flexion même peu prononcée de la cuisse : l'extension est pré-

férable ; essayez-les toutes les deux, vous partagerez ma conviction.

Une solution de continuité des os existe-t-elle sur le tiers inférieur de la jambe, est-elle oblique : c'est ici surtout que la position à demi fléchie paraît indispensable ; ses partisans l'emploient dans tous les cas de ce genre. J'ai montré cette année, à l'hôpital de la Pitié, trois sujets qui portaient la fracture dont nous nous occupons : la position à demi fléchie, aidée de l'appareil ordinaire, le membre reposant soit sur son côté externe, soit sur sa face postérieure, était loin de suffire pour remédier au déplacement des fragments ; j'eus recours à l'extension ; à l'instant même toutes les difficultés furent vaincues, et le lendemain nous nous assurâmes de nouveau que le déplacement était victorieusement combattu. Cependant, dans la plupart des cas, c'est la demi-flexion du membre qui est la plus avantageuse. A quoi tiennent donc les exceptions que nous avons rencontrées ? Elles sont probablement dues à des dispositions particulières des fragments : la vue, le toucher, et l'autopsie surtout, pourront donner l'explication de ces faits. Or, d'après ce que nous venons de dire, on essaye d'abord la position à demi fléchie ; quand elle ne remplit pas l'indication, on tente l'extension, pour s'assurer si elle n'est pas préférable.

Lorsqu'en hiver vous mouillez votre appareil, le malade souffre beaucoup du froid ; la diminution de la caloricité du membre ne sera pas sans inconvénient sous

le rapport de sa vitalité et sous celui de la formation du cal. Quand la température est froide, je panse à sec. L'état de l'atmosphère ne s'opposant pas à l'usage d'un liquide, lequel choisira-t-on? On préfère l'eau-de-vie camphrée, l'eau végéto-minérale, etc.; mais leurs propriétés sont excitantes : on les applique sur un membre dont les parties molles ont été déchirées à l'intérieur, dans une plus ou moins grande étendue, sur un membre qui est le siége d'une violente contusion, sur un membre où l'inflammation est déjà assez développée. Voilà où conduit une aveugle routine; on fait ainsi de l'empirisme sans y avoir réfléchi : en effet, l'excitation étant déjà trop grande, il est fort nuisible de l'augmenter par les topiques excitants. Pour remplir l'indication, j'emploie l'eau de guimauve, me réservant de recourir plus tard aux résolutifs, quand les propriétés vitales des tissus ne sont plus exaltées et quand elles ont besoin d'être excitées. J'ai vu trop souvent oublier les principes que je viens d'énoncer pour que je n'aie pas cru devoir beaucoup y insister.

Pendant le premier et même le second septenaire de l'existence d'une fracture, levez votre appareil toutes les vingt-quatre heures ou au moins de deux jours l'un : sans cette précaution, songez-y bien, vous vous exposerez à voir se former des consolidations vicieuses. En observant ce principe fondamental sur lequel Dupuytren insistait tant, vous suivrez pas à pas l'ennemi que vous avez à combattre; vous l'attaquerez de quelque côté

qu'il se montre, et vous finirez presque toujours par le vaincre complétement. Rappelez-vous bien que, dans le principe de l'existence de la solution de continuité d'un os, les muscles sont fortement irrités : ils luttent souvent alors avec avantage contre vos moyens contentifs; bientôt cette irritation musculaire diminue, disparaît même entièrement et vous atteignez le but qui semblait devoir vous échapper : à mesure aussi que le cal se développe, il devient de plus en plus solide; il est susceptible néanmoins encore de fléchir sous l'influence des moyens que vous mettez en usage : pour obtenir, exempte de difformité, la guérison des fractures, le cal est donc lui-même un puissant auxiliaire de votre appareil ; ainsi donc ne vous découragez pas, et n'allez pas croire qu'un déplacement contre lequel vous luttez presque infructueusement depuis dix à quinze jours est invincible. J'ai donné la preuve du contraire, sur plusieurs malades, cette année et l'an dernier, à l'hôpital de la Pitié.

Dans les fractures avec solution de continuité des parties molles, le séjour même d'une petite quantité de pus peut produire des accidents généraux très-graves et souvent funestes.

Le lieutenant-colonel Grand, du sixième de dragons, fut grièvement blessé près du grenier d'abondance : plusieurs balles lui sillonnèrent le bras ; l'humérus fut fracturé en deux endroits. On proposa l'amputation du membre ; je ne partageai pas cette opinion : je mis en usage la

médication que j'ai indiquée plus haut, et, pendant une dizaine de jours, tout annonçait qu'elle devait être couronnée d'un plein succès. Tout à coup un violent frisson se manifesta ; l'appétit se perdit, et nous vîmes se développer tous les symptômes d'une gastro-entérite très-menaçante. Aucun écart de régime n'avait d'ailleurs été commis ; la tuméfaction avait un peu augmenté sur le membre malade, ainsi que la douleur. Je pensai que tous les accidents tenaient à la présence du pus ; je la recherchai avec le plus grand soin ; je reconnus une légère fluctuation ; je donnai issue à peine à deux cuillerées à café de matière purulente. Le lendemain le frisson ne reparut point; l'affection du canal intestinal avait déjà disparu, l'appétit était revenu et le bras avait beaucoup diminué de volume. M. Grand est guéri ; aujourd'hui il est colonel du sixième régiment de dragons. Ce fait suffit seul pour éveiller l'attention du praticien : nous en avons observé un très-grand nombre d'autres du même genre qu'il serait inutile de citer. N'ai-je pas raison de dire qu'en évacuant le pus de bonne heure, les accidents locaux et généraux qu'il produit se dissipent ordinairement même avec rapidité ; que si, au contraire, on laisse séjourner la matière purulente, ces accidents peuvent devenir très-graves et souvent funestes.

Un mot sur les esquilles : lorsqu'elles sont un peu volumineuses, qu'elles ne déterminent pas d'accidents et qu'elles adhèrent encore aux parties molles qui peuvent leur fournir des matériaux de nutrition, il ne faut

pas les extraire; l'expérience a démontré qu'elles peuvent continuer de vivre et se cicatriser avec l'os dont elles ont été entièrement détachées : Ambroise Paré a signalé ce beau fait.

Une vieille femme entra à l'hôpital de la Pitié avec une fracture de jambe déterminée par une roue de voiture qui avait passé sur ce membre. Le désordre était si grand que nous pensâmes sur-le-champ, Béclard et moi, à l'amputation de la cuisse; mais le grand âge de la malade, sa constitution extrêmement détériorée, la perte abondante de sang qu'elle venait de faire, nous déterminèrent à différer l'opération. Il ne survint presque aucune tuméfaction, l'inflammation fut légère; peu à peu l'état général s'améliora, nous conservâmes le membre; la fracture se consolida; cette malheureuse femme resta encore à l'hôpital, quelques mois après sa guérison : elle fut affectée d'une fluxion de poitrine qui la fit succomber. Nous ne laissâmes pas échapper l'occasion d'en faire l'autopsie : nous trouvâmes une esquille volumineuse représentant à peu près la moitié de l'épaisseur du tibia; sa longueur était de sept centimètres cinq millimètres (deux pouces et demi); elle avait continué de vivre et était parfaitement réunie au reste de l'os. Il existait sur le péroné plusieurs fragments osseux d'un assez petit volume et offrant le même phénomène. J'ai présenté cette pièce d'anatomie pathologique à l'Académie royale de Médecine.

Lorsque les esquilles sont détachées des parties

molles et qu'il existe sur celles-ci une solution de continuité, on essaye d'extraire ces fragments osseux : on est souvent obligé de pratiquer des débridements ; s'ils devaient être très-étendus en surface et en profondeur, je crois qu'il faudrait renoncer à l'extraction des esquilles, car j'ai vu bien souvent se développer des accidents graves et même funestes.

Que deviennent les esquilles quand on les abandonne dans l'épaisseur du membre? La suppuration peut les en chasser tôt ou tard; y restent-elles? à l'autopsie faite un grand nombre d'années après la consolidation de la fracture, je les ai trouvées quelquefois enkystées; d'autres fois je les ai vues enveloppées en partie ou en totalité par un cal difforme; chez quelques malades, elles cheminent dans l'épaisseur des tissus et peuvent ainsi se porter à une grande distance du lieu où existait la solution de continuité de l'os. J'ai observé quelques sujets chez lesquels, soumise à l'absorption, une esquille a disparu.

Le brave colonel Lebeau, qui vient de commander la légion française en Espagne, eut le bras comminutivement fracturé à son tiers supérieur par une balle, à la bataille de Waterloo. Dix-huit jours après sa blessure, il vint à Paris avec un commencement de cal très-vicieux; je le rompis, je pus placer les fragments dans un contact très-régulier, la fracture guérit exempte de difformité; une esquille qu'on sentait parfaitement bien, et qui semblait être du volume de la dernière pha-

lange du doigt auriculaire pourvue de ses parties molles, partit du point fracturé pour se rendre lentement presque jusqu'à l'articulation cubito-humérale; nous la sentîmes diminuer peu à peu, et elle finit par disparaître complétement.

J'ai conservé des relations avec un grand nombre d'officiers de l'ancienne armée; j'en connais plusieurs dont les membres inférieurs fracturés offrent des fistules produites ou entretenues par des esquilles : ces officiers peuvent ordinairement se livrer à la marche, même assez prolongée; mais de temps en temps le pus séjourne, ou bien encore des inégalités osseuses irritent et enflamment les parties molles : de là naissent des accidents inflammatoires. On donne issue à la matière purulente, on combat la phlegmasie par les anti-phlogistiques. Souvent des indurations se forment : elles peuvent prendre un grand développement, et gêner beaucoup les mouvements. Tant que la sub-inflammation existe, on traite par les émollients; lorsque l'état inflammatoire a disparu, on a recours aux fondants, parmi lesquels la compression tient le premier rang : ainsi on ramène les tissus presque entièrement à leur état normal, et les malades peuvent se servir de leurs membres. J'ai entendu, dans des cas semblables, beaucoup de chirurgiens proposer de larges et profondes incisions destinées à mettre à découvert et à extraire les esquilles : l'anatomie pathologique, nous venons de le dire, démontre que souvent ce moyen doit man-

quer le but qu'on se propose d'atteindre; d'ailleurs les solutions de continuité qu'on pratique ne sont pas sans danger : à une époque où les chirurgiens civils avaient peu d'expérience sur les plaies d'armes à feu, j'ai vu survenir presque toujours des événements funestes à la suite d'une opération que le raisonnement et les faits réprouvent.

Il est des sujets chez lesquels la formation du cal marche avec une grande rapidité; j'ai montré, à ma clinique, des adultes dont le cal d'une fracture du membre supérieur avait acquis, en vingt-cinq jours, la solidité nécessaire aux usages du membre.

L'époque ordinaire de la consolidation d'une fracture est arrivée, vous levez l'appareil; l'indication est d'en faire désormais abstraction; n'oubliez pas alors de voir souvent votre malade, pendant au moins les deux premiers septénaires, car il est un assez grand nombre de cas d'exception dans lesquels le cal se vicie. Si vous ne suivez pas le principe que nous établissons, vous serez très-étonné quand on viendra vous annoncer l'existence d'une difformité que vous constaterez ensuite vous-même et à laquelle il sera difficile et quelquefois même impossible de remédier; toutefois, soyez convaincu que dans un grand nombre de circonstances, quoique cette difformité date de six semaines ou un mois et même davantage, on peut la diminuer ou la combattre victorieusement. On doit à l'école de Dupuytren des préceptes importants sur ce point de thérapeutique.

Les épanchements de sang résistent quelquefois même à la saignée générale, qui ordinairement est si avantageuse. De temps immémorial les médecins emploient les diurétiques avec succès contre les hydropisies; Pourquoi ne les mettrions-nous pas en usage pour faire absorber les épanchements sanguins? Les chirurgiens ont trop négligé ces moyens; depuis plus de dix ans, j'ai signalé leurs avantages à ma clinique de l'hôpital de la Pitié.

Un malade couché dans la salle Saint-Louis portait, à la partie interne et supérieure de la cuisse, une bosse sanguine qui contenait au moins un demi-litre de sang; elle avait résisté aux émollients, aux résolutifs, aux excitants, et même aux saignées générales. J'administrai la décoction de chiendent nitrée; je fis mettre dans un autre pot de tisane cent vingt grammes d'oxymel scillitique (quatre onces); je commandai au malade de boire autant que le lui permettraient ses organes digestifs; quatre jours suffirent pour dissiper entièrement l'épanchement sanguin. Nous croyons inutile de citer ici d'autres faits de ce genre; nous en possédons un très-grand nombre.

Si les purgatifs ont souvent réussi à dissiper les hydropisies, ils doivent être utiles dans le traitement des épanchements sanguins, quand l'état des forces et du canal intestinal en permet l'usage; je les ai employés seuls; j'ai obtenu des succès. On renoncera à ce moyen toutes les fois que les mouvements nécessités par la

fréquence des selles pourraient produire de la douleur et nuire au contact régulier des fragments.

Presque tous les praticiens rejettent le bandage roulé dans le traitement des fractures, abstraction faite de celles de l'avant-bras. Ils lui reprochent de maintenir mal les fragments, de nécessiter qu'on soulève le membre et qu'on le maintienne suspendu pendant le pansement ; suivant nous, ces principes doivent s'appliquer même aux fractures des enfants.

Lorsque la constitution du malade n'est pas trop détériorée, son grand âge ne doit pas faire renoncer aux moyens propres à obtenir la consolidation d'une fracture ; j'ai donné des soins avec M. Serres à une femme qui avait près de quatre-vingts ans, et chez laquelle nous avons guéri, sans claudication, une fracture du col du fémur. Je pourrais ici citer un grand nombre d'autres faits de ce genre, recueillis à l'hôpital de la Pitié. Dans les cas de solution de continuité du col du fémur, si la position à demi fléchie mérite d'être préférée à l'extension continue, c'est surtout chez les vieillards, sur lesquels les escarres se développent avec tant de facilité.

L'appareil de Sauters ingénieusement modifié par MM. Mayor de Lausanne, et Rigal de Gaillac, est d'une très-heureuse application ; on est étonné de l'abandon auquel il a été voué par la plupart des praticiens.

M. Bonnet a imaginé des appareils en fil de fer qui paraissent avantageux.

Un membre fracturé est le siége de plusieurs solutions de continuité sur les parties molles; il existe encore de la tuméfaction inflammatoire, elle résiste; l'appareil l'augmente et occasionne beaucoup de douleur; il s'oppose à l'issue de la matière purulente et des autres liquides; faut-il continuer son usage? Le moment de la consolidation est arrivé; on craint qu'elle n'ait pas lieu ou qu'elle ne se fasse d'une manière vicieuse; je conseille alors d'examiner attentivement l'état des fragments, le membre étant convenablement disposé et dépourvu des moyens contentifs ordinaires; si, comme je l'ai vu souvent, de simples coussins situés sur ses parties latérales, et des draps ployés en cravate placés perpendiculairement à son axe remplissent les indications, je n'applique pas l'appareil. Plusieurs malades traités ainsi, à l'hôpital de la Pitié, sont guéris de leurs fractures, exempts de toute espèce de difformité.

Il est des solutions de continuité osseuses qui semblent ne pas vouloir se consolider. En continuant l'usage de l'appareil pendant trois ou quatre mois et même davantage, on parvient quelquefois à les guérir.

Un malade d'un âge moyen, d'une bonne constitution, est venu à l'hôpital de la Pitié nous demander des soins pour une fracture du col du fémur; il a été soumis à l'appareil à extension continue de Desault, modifié par Baumers; soixante-cinq jours après, la solution de continuité de l'os existait encore; nous avons eu recours à la position à demi fléchie du membre; nous

l'avons placé sur le double plan incliné d'oreillers; deux mois et un septénaire ont suffi pour obtenir la guérison. Le malade est encore à l'hôpital. Il me serait facile de citer d'autres faits de ce genre.

Un mot sur l'appareil amidonné; on se rappelle que nous avons traité, dans cet ouvrage, de l'application immédiate des moyens contentifs pour obtenir la consolidation des fractures; nous n'y reviendrons pas.

Dans les fractures simples et sans déplacement, on conseille de mettre en usage le bandage amidonné. L'on cite un grand nombre de succès obtenus par ce moyen; je rejette son inamovibilité; s'il existe un peu de tuméfaction inflammatoire, ou même une légère infiltration sanguine ou séreuse, bientôt le membre diminue de volume et les fragments sont mal soutenus; il est impossible d'avoir alors la certitude qu'ils sont incapables de se déplacer.

Sous l'influence d'une compression exercée pendant trente ou quarante jours, le membre s'atrophiera, et le malade sera encore soumis aux inconvénients que nous venons de signaler, je les ai vus survenir. Je crois qu'il est indispensable, pour éviter les viciations du cal, de voir de temps en temps ce qui se passe sur le lieu fracturé; alors on a recours à la section longitudinale de l'appareil, de manière à lui faire former les deux valves dont parle M. Seutin; avec cette précaution, j'adopte l'usage du bandage amidonné quand une fracture simple est sans déplacement.

Lorsqu'une fracture existe avec déplacement des fragments, la tuméfaction des parties molles peut empêcher le chirurgien de s'assurer de l'exactitude de la coaptation; le gonflement disparaît et laisse du vide entre le membre et le bandage amidonné; l'atrophie déterminée par une compression de longue durée produit le même effet. Le contact régulier des fragments peut aussi disparaître pendant la dessiccation et pendant l'application de l'appareil; ici son inamovibilité est encore moins admissible que dans le premier cas dont nous venons de nous occuper.

Mais, si surtout la solution de continuité de l'os est oblique, si l'obliquité est très-étendue, après avoir fendu l'appareil et en avoir écarté les valves, pourra-t-on les réappliquer avec exactitude sur des compresses graduées, épaisses, et sur de petites attelles qui deviennent très-souvent indispensables? je ne le pense pas. Ne sait-on pas d'ailleurs que, pour obtenir une consolidation presque toujours exempte de difformité, il faut, comme nous l'avons déjà dit, mettre le membre tous les jours à découvert, pendant deux ou trois septénaires, afin de combattre le déplacement tous les jours et partout où il se montre. Alors, ne vaudrait-il pas mieux mettre en usage les moyens contentifs ordinaires? C'est mon opinion bien arrêtée; elle est basée sur les faits de consolidation vicieuse que j'ai observés par l'usage du bandage amidonné, sur ceux que M. Malgaigne a vus, sur ceux

enfin que plusieurs autres médecins m'ont signalés.

On objectera sans doute que l'appareil ordinaire aurait eu les mêmes inconvénients; qu'ils auraient été plus grands encore par son emploi : cette objection n'est sérieuse que pour les chirurgiens qui ne veulent pas suivre les préceptes que nous avons donnés. Il existe encore aujourd'hui, à l'hôpital de la Pitié, un malade qui portait une fracture au-dessus des condyles de l'humérus; elle offrait au moins neuf centimètres (trois pouces) d'obliquité : nous n'avons pas employé le bandage amidonné : elle est guérie exempte de difformité. J'ai montré publiquement cette année et l'an dernier, à ma clinique, un grand nombre de sujets affectés de fractures obliques et compliquées, siégeant sur le tiers inférieur de la jambe; les malades sont tous guéris sans claudication. Des faits, toujours des faits, voilà la véritable base de toute bonne éducation médicale, car rien ne peut résister à la brutalité des faits.

D'après les considérations que je viens d'établir, je renonce à l'emploi du bandage amidonné dans les fractures même avec tendance au déplacement, jusqu'à l'époque où la position vicieuse des fragments ayant été victorieusement combattue, le cal est devenu régulier et assez solide. J'appliquerai encore cet appareil lorsque, le vingtième ou le vingt-cinquième jour, les fragments étant déjà assez bien maintenus par le cal, j'aurai toutefois perdu l'espérance d'obtenir une cicatrice osseuse régulière.

Une plaie complique la fracture : suivant la méthode des anciens, M. Seutin perfore son bandage sur le point qui lui correspond ; mais bientôt ordinairement les parties molles tuméfiées s'engagent dans cette ouverture, et pèuvent être plus ou moins étranglées par ses bords : arrivons à une objection plus sérieuse : il se forme, ce qui malheureusement n'est pas rare, un foyer purulent ; il faudra nécessairement fendre l'appareil pour s'assurer si le pus trouve un écoulement facile ; car on connaît tous les dangers attachés à son séjour dans l'épaisseur des tissus : il ne s'écoule pas complétement ; on fait des contre-ouvertures, elles ne suffisent pas ; il devient alors plus nécessaire d'ouvrir le bandage tous les jours ; l'écoulement des liquides le salit ; il est au moins difficile d'y remédier. L'on conçoit aussi qu'il n'est pas sans inconvénient de le perforer vis-à-vis les contre-ouvertures des abcès ; j'aimerais mieux me servir de l'appareil ordinaire. La méthode de M. Dieffenbach, consistant à couler du plâtre qui se moule et se dessèche sur le membre, ne peut pas être admise pour les mêmes raisons.

Quand il s'agit d'une fracture de la jambe ou de l'avant-bras, du fémur ou de l'humérus, de la rotule ou de l'olécrane, et qu'on a mis en usage le bandage amidonné, les malades commettent une imprudence s'ils se livrent à la déambulation, au moins dans les premiers temps de l'existence de la solution de continuité osseuse.

Le bandage amidonné est très-dur; il irrite quelquefois et il excorie même la peau : nous l'avons vu produire cet effet à l'hôpital de la Pitié, chez un malade sur lequel M. Seutin lui-même avait appliqué son appareil. Tout léger qu'il est, on doit surveiller cet accident; il est surtout à redouter, ainsi que les escarres superficielles, si les malades sont avancés en âge.

A une époque où tant de chirurgiens sont encore engoués de l'appareil amidonné, et l'emploient presque toujours empiriquement, il faut peut-être un certain courage pour oser s'élever contre un pareil abus. Ce courage, nous l'avons eu, comme dans tant d'autres circonstances. Ici, le devoir l'a emporté sur toutes les autres considérations; mais saisissons avec empressement l'occasion qui s'offre à nous de payer un juste tribut d'éloges au génie de M. Seutin. En assignant à sa belle découverte le rang qu'elle doit tenir dans la science, nous aurons peut-être rendu un service à l'humanité et à la gloire du chirurgien belge lui-même; car veut-on donner trop de valeur à une idée, quelque importante qu'elle soit; a-t-on la prétention d'en faire l'unique pivot sur lequel doit entièrement rouler une partie assez étendue de la thérapeutique, on s'expose à voir rejeter entièrement cette idée; l'extension forcée qu'on lui donne fait souvent oublier, par les revers nombreux dont elle est frappée, les succès qu'elle a pu obtenir. Ouvrez les annales de l'art, et vous acquerrez la certitude de la proposition que j'avance.

Les deux faits suivants, extraits de la *Gazette médicale de Paris*, fournissent la preuve de l'efficacité des évacuations sanguines employées pour combattre les accidents produits par les fractures de la colonne vertébrale. Deux malades furent apportés presque en même temps à l'hôpital de la Pitié; ils étaient tombés sur les reins; ils présentaient une gibbosité à la région lombaire du rachis, et une paraplégie complète. Dix-neuf saignées plus ou moins copieuses, suivant l'état des forces, furent pratiquées à chacun de ces deux individus dans l'espace de vingt et un jours; à trois reprises, trente ou quarante sangsues furent appliquées sur les flancs : je prescrivis un régime sévère. A l'aide de ce traitement antiphlogistique, dont l'énergie fut basée sur l'état du pouls et sur la coloration de la face, non-seulement je sauvai la vie à ces malades, mais encore l'un d'eux vit disparaître entièrement sa paraplégie; l'autre, qui est placé aux Incurables (hommes), peut marcher avec des béquilles : j'ai présenté le premier à l'Académie royale de médecine.

Dans les fractures de côtes, on applique un simple bandage de corps destiné à maintenir les fragments en contact régulier, et à empêcher les mouvements trop étendus que la respiration imprime à l'os fracturé. Mais si le diamètre antéro-postérieur de la poitrine a moins de longueur que le transversal, le moyen que nous venons d'indiquer agira plus spécialement dans la direction de ce dernier; il pourra alors augmenter l'en-

foncement des pointes osseuses, ou le produire s'il n'existe pas encore; je l'ai vu souvent dans le commencement de ma pratique à l'hôpital de la Pitié.

Pour remédier à ce grave inconvénient, je fais appliquer sur toute l'étendue du sternum des compresses qui offrent au moins six ou neuf centimètres (deux ou trois pouces) d'épaisseur, suivant les sujets; ainsi, la compression établie par ce moyen contentif agit plus particulièrement d'avant en arrière, *et vice versâ;* l'arc des côtes est alors augmenté, et les fragments sont portés en dehors. Les avantages de cette modification dans le traitement des fractures dont nous nous occupons est si utile, quoi qu'en disent certaines personnes, que les malades soumis à des douleurs très-violentes les sentent se dissiper presque immédiatement après qu'elle a été appliquée.

Le coussin destiné à concourir au contact régulier des fragments de la fracture du col chirurgical de l'humérus doit s'étendre jusqu'au sommet du creux de l'aisselle; car s'il s'arrêtait aux bords antérieur et postérieur de cette cavité, la pression qu'il exerce serait plus douloureuse; il n'agirait pas sur le fragment supérieur, et son action ne s'étendrait pas assez loin sur l'inférieur.

On a renoncé aux circulaires de bandes : 1° ils se déplacent et se desserrent facilement; 2° les asthmatiques et les personnes qui ont la poitrine impressionnable ne peuvent pas les supporter; 3° les femmes très-grasses, dont la gorge est volumineuse, en sont

singulièrement incommodées : une écharpe qui embrasse l'avant-bras, le bras, et qui enveloppe le tronc une fois et demie, n'a pas ces inconvénients; on la maintient à l'aide d'un scapulaire, on en fixe les bords avec des points de suture.

Si la fracture existait avec solution de continuité sur les parties molles, il serait inutile de couvrir la plaie avec l'appareil destiné à maintenir les fragments; on peut ainsi la panser tous les jours sans toucher à cet appareil. Toujours, jusqu'aujourd'hui, je l'ai mis en usage avec le plus grand succès, à l'hôpital de la Pitié, dans les cas simples et dans ceux qui étaient compliqués.

Le pansement des fractures de l'avant-bras se fait à l'aide de compresses graduées et d'attelles qu'on place sur les faces dorsale et palmaire, dans la direction de l'espace interosseux; on les fixe avec un bandage roulé. Ce principe suffit, en général, quand la solution de continuité de l'os existe à la partie inférieure, où la direction de l'espace interosseux est parallèle à l'axe du membre. Mais s'agit-il d'une fracture siégeant sur son tiers supérieur, ce précepte est insuffisant; il expose à placer les compresses et les attelles dans une mauvaise direction; il produit souvent un cal vicieux qui peut diminuer la largeur naturelle de l'espace existant entre les deux os, d'où naît une plus ou moins grande gêne dans les mouvements de pronation et de supination.

Un chirurgien clinique ne peut pas admettre des

données aussi inexactes; c'est dans l'anatomie chirurgicale que j'ai puisé les considérations suivantes :

Les muscles qui occupent la partie supérieure et externe de l'avant-bras sont beaucoup plus volumineux que ceux situés sur son côté interne; or, il n'est pas possible que l'espace interosseux soit parallèle à l'axe de ce membre. Si l'on met les compresses graduées et les attelles parallèlement à cet axe, la compression est exercée supérieurement sur le radius, et l'indication n'est pas remplie. Dirons-nous que l'espace interosseux est oblique de bas en haut et de dehors en dedans? depuis plus de vingt-cinq ans j'ai attaqué et j'attaque ce langage absurde et inexact, si cher à la coterie; il blesse mon oreille comme une fausse note celle d'un musicien. Dussé-je encore être davantage persécuté, je ferai toujours la guerre aux *obliqueries de haut en bas*, *de dehors en dedans*, *d'arrière en avant et de gauche à droite;* il faut en faire une ample et large justice; car il est temps enfin que les hommes qui s'occupent des sciences exactes cessent de rire de pareilles inepties. On commence d'ailleurs à les trouver un peu moins souvent dans beaucoup de bouquins modernes.

J'indique la direction précise et rigoureuse de cet espace interosseux par une ligne qui, partant du centre de la région postérieure de l'articulation radio-carpienne, viendrait se rendre directement au côté externe de l'olécrâne. Quel que soit le volume du membre, ce principe ne perdra rien de son exactitude.

L'avant-bras de l'Hercule de Farnèse ne ressemble point à celui de la Vénus de Médicis : en d'autres termes, ce membre est tantôt presque carré et tantôt presque rond. Les compresses graduées auront-elles toujours la même épaisseur? Dans le premier cas, elles seront trop minces; la compression du bandage roulé s'exercera plus spécialement sur le diamètre radio-cubital, qui est plus étendu que le dorso-palmaire; elle rétrécira ainsi l'espace interosseux. Dans le second cas, elles seront trop épaisses; le diamètre antéro-postérieur l'emportant sur le transversal, l'intervalle qui existe entre les deux os sera agrandi par l'appareil, et le malade guérira avec un avant-bras épaté. C'est au chirurgien qu'il appartient de saisir ces données d'anatomie chirurgicale, et d'en tirer un parti avantageux.

Une solution de continuité complique la fracture de l'avant-bras : les uns ne mettent pas d'appareil et s'exposent à une consolidation vicieuse; les autres ont recours aux moyens contentifs ordinaires, qui, irritant plus ou moins la plaie, gênent l'issue des liquides, d'où peuvent naître de graves accidents : il faut d'ailleurs tous les jours dépanser le malade; on nuit ainsi à la cicatrisation des os. Je substitue aux deux compresses graduées et aux deux attelles qu'on emploie en général, quatre petites compresses graduées et quatre petites attelles, qui sont disposées de manière que, placées deux sur la face dorsale et deux sur la face palmaire du membre, elles laissent entre elles, de chaque côté, un intervalle

libre occupé par la plaie, sur laquelle on pourra ainsi faire toutes les applications médicamenteuses qu'on jugera convenables, sans lever l'appareil. Ce moyen nous a parfaitement réussi.

Les fractures du métacarpe et du métatarse guérissent souvent avec difformité. On évite cet inconvénient en recouvrant chacun des espaces interosseux correspondant à l'os malade par des compresses graduées et par des attelles qui sont d'ailleurs appliquées sur les faces dorsale, palmaire ou plantaire. Ces pièces d'appareil sont disposées de telle sorte qu'elles augmentent l'épaisseur du pied ou de la main au point que les circulaires de bandes, avec lesquels on les recouvre, n'agissent pas dans la direction du diamètre radio-cubital ou péronéo-tibial du membre.

Suivant beaucoup de chirurgiens, la fracture du péroné est produite par le calcanéum, dont la face externe, dans le renversement en dehors du pied, s'applique sur l'extrémité inférieure de la malléole et la refoule fortement en haut; les preuves suivantes viennent à l'appui de cette idée : 1° à mesure que l'enfant marche, son péroné présente inférieurement une légère courbure; 2° chez les animaux grimpeurs, tels que l'écureuil, la gerboise, etc., qui font beaucoup d'efforts avec les membres postérieurs, le péroné offre une courbure considérable; 3° dans la famille des échassiers, qui peuvent se tenir très-longtemps debout, le calcanéum présente une mortaise destinée à recevoir l'extrémité inférieure

de l'os externe de la jambe. Il paraît donc difficile de rejeter entièrement la théorie que nous venons d'examiner.

Dupuytren pense que la fracture du péroné est le plus ordinairement produite lorsque, le pied étant renversé fortement en dedans par un faux pas ou par toute autre cause, la malléole externe est soumise à des tractions violentes qu'exercent sur elle les ligaments externes de l'articulation tibio-tarsienne qui s'y implantent; mais est-il permis d'admettre plus de résistance dans ces ligaments que dans les os eux-mêmes? Suivant nous, ce n'est pas la cause principale de la solution de continuité osseuse dont nous nous occupons : je pense que l'action la plus puissante pour la déterminer réside dans la forte pression exercée sur l'extrémité inférieure du péroné par l'astragale, qui tend à se porter en dehors. Nous savons que les trousseaux ligamenteux exercent en même temps des tractions de dehors en dedans sur la malléole externe, et nous concluons que les deux puissances dont nous venons de soumettre l'action au lecteur produisent ensemble et non pas isolément la solution de continuité de l'os.

Dupuytren a imaginé pour cette fracture un bandage que tout le monde connaît et qu'il serait inutile de décrire ici : disons seulement qu'il a pour but de ramener le pied dans le sens opposé à celui dans lequel il a été déplacé : ce moyen est alors excellent; il constitue une vraie conquête chirurgicale.

Certaines fractures du péroné, quoiqu'elles siégent sur le tiers inférieur de l'os, n'offrent pas de déplacement du pied; elles ne sont pas même très-rares, j'en appelle aux élèves qui ont suivi l'hôpital de la Pitié où j'ai montré souvent ce fait. Ici l'appareil de Dupuytren est au moins inutile, quand il n'existe pas de plaie sur les parties molles.

Mais lorsqu'on met en usage, pour le cas dont nous nous occupons, l'appareil ordinaire des fractures de la jambe, nous avons vu quelquefois le pied se porter consécutivement un peu en dehors. Afin de remédier à cet inconvénient, il suffit de mettre quelques compresses entre le membre et la partie inférieure du coussin externe.

Nous avons fait voir, en 1825, à l'hôpital de la Pitié, un malade dont M. Ricord a publié l'observation dans la *Revue médicale*, chez lequel, à l'occasion d'une fracture du tiers inférieur du péroné, le pied, au lieu d'être renversé en dehors, l'était en dedans, par une cause que nous ne pouvons pas raisonnablement expliquer; la malléole interne n'était pas fracturée. Nous ne plaçâmes pas l'appareil de Dupuytren sur le côté interne du membre, comme le conseille ce grand chirurgien, nous l'appliquâmes sur le côté externe; le malade guérit parfaitement bien.

DES

CANCERS SUPERFICIELS

QU'ON CROYAIT PROFONDS.

Les travaux publiés sur l'autoplastie prouvent que la chirurgie, trop souvent forcée de détruire, possède aussi des moyens de prothèse destinés à réparer de grandes difformités. J'espère démontrer, par le travail que je soumets au lecteur, que la médecine opératoire pourra désormais conserver, en totalité ou en grande partie, des organes dont elle avait consacré l'entière soustraction.

Les progrès récents de l'anatomie pathologique ont démontré que les affections cancéreuses n'envahissent pas en même temps tous les tissus de l'organe qu'elles frappent : ainsi, dans les cancers de l'estomac, tantôt la maladie est bornée à la membrane musculeuse, tantôt à la couche celluleuse, qui l'unit à la muqueuse; celle-ci est quelquefois seule affectée de carcinome : lors même que ces trois membranes sont envahies par la maladie, une dissection attentive permet souvent de distinguer celle qui a été le siége primitif du mal.

Cette succession progressive dans la marche du can-

cer, avait, depuis longtemps, fixé mon attention sur des malades décédées dans mon hôpital : elles portaient au sein des carcinomes incurables ; j'avais constaté que la maladie avait été arrêtée, pendant plusieurs années, par la plèvre conservée intacte, quoiqu'elle fût adossée au désordre contre lequel elle était appliquée. J'avais répété la même observation sur un grand nombre de cadavres de femmes plus ou moins âgées, apportés de la Salpétrière à l'École anatomique des hôpitaux, pour la manœuvre de mes cours d'opérations. Sur trois sujets morts de cancer fort ancien à l'ombilic, j'avais reconnu que le péritoine opposait la même barrière que la plèvre à l'envahissement de la maladie ; enfin j'avais un léger souvenir d'avoir disséqué dans ma jeunesse des verges amputées pour des affections cancéreuses, et sur lesquelles j'avais reconnu l'intégrité des corps caverneux, malgré l'état franchement carcinomateux des autres tissus qui constituaient cet organe.

En méditant ces faits je conçus la possibilité de faire tourner au profit de la chirurgie des données aussi positives fournies par l'anatomie pathologique. Quand un organe est cancéreux, ne doit-on pas penser que la maladie sera bornée dans son cours, surtout s'il entre dans la structure de cet organe un plan de tissu propre à isoler le mal? Si cela est, au lieu de sacrifier toute l'épaisseur de la langue, par exemple, comme l'ordonnent les préceptes de l'art, ne peut-on pas espérer de

n'enlever que sa superficie, à laquelle se borne le cancer? nous atteindrions ainsi le vrai but de la chirurgie, qui est de conserver et non de détruire.

Telles étaient les idées que depuis longtemps je professais en disséquant, sous les yeux de nos élèves, tous les cancers qui se présentaient à mon observation, lorsque s'offrit l'occasion d'appliquer ces idées sur l'homme vivant : je montrai alors par quelles indications le praticien doit être dirigé dans ces opérations.

Le 6 juin 1826, le nommé Rousset entra à l'hôpital de la Pitié; cet homme avait été soumis infructueusement à un traitement anti-siphilitique, sagement dirigé par le docteur Sellier de Paris; il portait derrière le gland un bourrelet, qui, embrassant tout le pourtour de la verge, avait l'épaisseur d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce); son diamètre antéro-postérieur était de six centimètres (deux pouces) : cette tumeur ulcérée, immobile, adhérente, faisant corps avec le pénis, offrait tous les caractères du cancer qu'il serait inutile d'examiner ici.

Je savais que, de toutes les opérations, celle à laquelle le malade répugne le plus, est l'amputation de la verge; il semble, en effet, que l'homme rattache toute sa dignité à l'existence de cet organe : la mélancolie dans laquelle il est plongé par l'idée seule de cette mutilation, est la preuve irréfragable de la proposition que je viens d'avancer ; aussi l'ablation de la verge, que la phlébite peut facilement compliquer, est-elle suivie

le plus souvent, même après quelques mois, de la mort du sujet. Un fait bien remarquable encore, c'est que le chagrin occasionné par l'opération, semble sévir également sur l'homme adulte et sur le vieillard : lorsque les malades survivent, ils paraissent constamment étrangers aux sentiments de reconnaissance que manifeste toujours un opéré à son chirurgien ; ils le fuient au contraire, comme l'auteur, comme un témoin fâcheux de l'espèce d'avilissement auquel ils se croient voués ; éviter l'amputation de la verge, au moins dans beaucoup de cas, serait donc obtenir un résultat bien avantageux, le lecteur jugera si je l'ai obtenu.

Mais comment peut-on connaître la profondeur à laquelle s'étend un cancer ? Les idées les plus simples sont celles qui, dans les sciences, offrent ordinairement le plus d'utilité et viennent souvent le plus difficilement à l'esprit. Après beaucoup de méditations, je pensai que, chez notre malade, on pourrait faire sur la face dorsale de la verge, parallèlement à son axe, une incision qui, commençant à la partie antérieure du point carcinomateux, se rendrait à son extrémité postérieure : le bistouri tranchant sur sa convexité, tenu en cinquième position, marcherait avec une grande lenteur ; il inciserait à petits coups la masse dégénérée ; une éponge servirait à absterger la plaie : ainsi, comme s'il s'agissait d'un sac herniaire, on parviendrait sur l'enveloppe du corps caverneux ; si elle était saine, on en ferait une dissection soignée et le pénis serait conservé ; si au con-

traire malheureusement la maladie avait des racines plus profondes, la verge devrait être amputée.

Quels seraient les inconvénients attachés à l'incision exploratrice que j'ai imaginée? Le malade souffrirait un peu plus que si l'on eût pratiqué immédiatement l'amputation du membre viril; mais ce léger inconvénient peut-il être mis en balance avec les chances assez fondées de conservation de l'organe? Nous nous déterminâmes à mettre en pratique nos nouvelles idées : un succès complet couronna nos espérances.

Nous trouvâmes sains les corps caverneux de Rousset: à l'aide d'une dissection difficile, longue, douloureuse, la tumeur carcinomateuse fut enlevée, l'urèthre fut ménagé; nous liâmes deux vaisseaux; dans l'endroit où le cancer était ulcéré, nous trouvâmes malade, nous l'avions prédit, l'enveloppe fibreuse du pénis; nous enlevâmes une partie de son épaisseur. Sur plusieurs points furent saisies et coupées avec des ciseaux courbes sur le plat des indurations qui avaient échappé à la dissection.

L'opération n'a été suivie d'aucun accident grave. En vingt jours, des boissons émollientes, une saignée au bras, des pansements d'abord simples et ensuite faits avec le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés (Bertholimètre de Decroizilles) ont obtenu une entière guérison.

Nous avons vu Rousset plusieurs fois, depuis sa sortie de l'hôpital; il nous a assuré qu'il pouvait tout aussi

facilement qu'avant sa maladie remplir toutes les fonctions auxquelles le pénis est destiné.

Il est assez rare qu'un fait important ayant lieu dans un hôpital n'y amène pas d'autres faits du même genre : Jean Chevalier vint, le 25 juillet de la même année, nous demander des soins pour un cancer très-ancien, occupant la partie antérieure du scrotum, six centimètres (deux pouces) de peau environnant la racine de la verge et la moitié postérieure de cet organe, triplé de volume en cet endroit : il existait d'ailleurs presque partout des ulcérations carcinomateuses.

Des incisions convenables furent faites sur le scrotum et autour de la racine du pénis ; par une dissection laborieuse je mis à découvert, sans les léser, les testicules et les cordons spermatiques ; j'eus ensuite recours sur la face dorsale du pénis au moyen d'exploration qui m'a si bien réussi dans le cas précédent ; il nous fournit les résultats heureux que je n'osais presque pas espérer, tant était grande la gravité du cancer.

Je disséquai la tumeur toujours lentement et péniblement ; le ligament supérieur de la verge était malade ; il fallut le sacrifier, détacher le membre viril presque entièrement du corps du pubis et poursuivre le carcinome jusqu'à la réunion des corps caverneux qui, dénudés et préparés comme pour une leçon d'anatomie, présentaient encore sur quelques points des traces légères de cancer mélané ; je saisis avec des pinces à disséquer, et j'enlevai avec des ciseaux courbes sur le plat

tout ce qu'il fut possible d'extirper ainsi; je fus réduit, pour détruire le reste, à râcler avec un bistouri dont le tranchant était perpendiculaire à leur axe, la surface des corps caverneux. Les dernières traces de la maladie disparurent.

De petites artères furent ouvertes : on se rendit facilement maître du sang. Il survint quelques accidents inflammatoires qui n'inspirèrent d'ailleurs jamais la moindre inquiétude pour les jours du malade.

Quarante-cinq jours après l'opération, la guérison fut complète : pour l'obtenir, on mit en usage les pansements simples, les évacuations sanguines, et, plus tard, le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés (Bertholimètre de Decroizilles). Le malade séjourna encore un mois à l'hôpital; la cure se soutint, et je présentai alors Chevalier à l'Académie royale de Médecine.

La partie postérieure du scrotum, la peau du périné, celle de la partie interne et supérieure des cuisses, attirées par la cicatrice devenue presque linéaire, couvrent les testicules revenus ainsi que les cordons à leur volume ordinaire. Ces glandes sont appliquées contre les régions latérales de la racine de la verge et des branches des corps caverneux qu'elles recouvrent en partie. La cicatrice qu'on observe sur le pénis offre une étendue qui égale à peine le quart de celle que présentait la solution de continuité siégeant sur cet organe, dont l'érection n'est point douloureuse, et donne au membre viril, à peu près sa longueur ordinaire, *dit le malade*.

Le chirurgien en chef de l'hôpital des Vénériens, M. Cullerier neveu, m'a adressé un malade chez lequel existait un cancer occupant la moité de la verge : il paraissait encore affecter toute l'épaisseur de cet organe. J'eus recours au moyen d'exploration que j'ai indiqué : je trouvai les corps carverneux sains, ainsi que l'urèthre; je disséquai autour d'eux, je les ménageai et je fus aussi heureux que dans les deux observations précédentes.

Un jeune Hollandais portait sur le gland et sur le prépuce des végétations agglomérées, qui donnaient au bout du pénis le volume au moins de la moitié du poing. Par notre incision exploratrice, nous reconnûmes que la superficie du bout de la verge était seulement malade; nous enlevâmes la tumeur, il ne survint pas d'accidents; quinze jours suffirent pour obtenir la guérison. La verge n'offrit pas de difformité; elle put exécuter parfaitement ses fonctions. Je pourrais citer un grand nombre d'autres faits de ce genre, si ceux que je viens d'énoncer ne suffisaient pas.

Mais l'idée des cancers qu'on croyait profonds et que j'ai prouvés être superficiels ne devait pas s'arrêter au carcinome de la verge.

Un jeune avocat, victime de l'incendie de Salins, entra à l'hôpital de la Pitié dans les premiers jours de septembre 1826; il portait un cancer de la langue occupant les deux tiers droits de cet organe qui, dur, tuméfié et ulcéré, semblait malade dans toute son épaisseur. Plusieurs chirurgiens distingués avaient émis cette opi-

nion; tous avaient conseillé l'ablation des deux tiers de la langue.

On sépara avec un bistouri les parties saines des parties malades; on embrassa celles-ci avec un lien qui fut serré à l'aide du tourniquet constricteur de M. Mayor de Lausanne; aucun accident n'eut lieu, la constriction qu'on eut soin d'augmenter fut continuée pendant six jours. La portion liée devint noire, se flétrit; quel ne fut pas l'étonnement de nos élèves de voir, le septième jour (les parties mortes étant tombées), la langue conservée dans toute sa largeur, dans toute sa longueur, abstraction faite de cinq millimètres (deux lignes) environ de sa pointe! La superficie seule de l'organe était malade, elle fut seule sacrifiée; les tissus plus profonds restèrent, se cicatrisèrent avec les parties voisines dénudées. Sous l'influence des émollients et des résolutifs, la guérison marcha avec rapidité, une petite ulcération simple résista sur la partie antérieure de la langue; elle disparut cautérisée à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent fondu.

Afin de nous mieux faire connaître l'usage de son excellent tourniquet-cabestan, trop négligé de nos jours, je priai le chirurgien distingué de Lausanne de vouloir bien exécuter lui-même, sous nos yeux, cette opération qui, contre son attente et la mienne, fournit d'aussi brillants résultats.

Plusieurs mois après la guérison de ce malade, je l'ai présenté à l'Académie royale de Médecine; la cure

ne s'est point démentie ; nous avons été assez heureux pour rendre à sa profession d'avocat M. Thiébaut, dont la parole est seulement un peu moins libre qu'avant le développement de l'affreux cancer qui exigeait, d'après les principes admis par la chirurgie, le sacrifice, d'ailleurs dangereux, des deux tiers de la langue. Trois ans après son opération, M. Thiébaut est revenu à Paris ; il m'a permis de le présenter à mes élèves à l'amphithéâtre de la Pitié : la maladie n'avait pas récidivé, il jouit encore aujourd'hui d'une parfaite santé.

Des cancers du vagin qu'on croyait profonds, pouvaient-ils être assez superficiels pour qu'il fût permis de les enlever sans perforer le rectum ? La solution de cette importante question est fournie par le fait que je vais énoncer.

Marie Maréchal avait été traitée plusieurs fois, à l'hôpital des Vénériens de Paris, pour des ulcères syphilitiques du vagin ; toujours les mercuriaux, les sudorifiques et la cautérisation avaient échoué. Cette femme entra à l'hôpital de la Pitié : elle portait dans le vagin une ulcération offrant tous les caractères du cancer ; cette solution de continuité était de la largeur d'une pièce de six francs ; commençant sur sa partie inférieure, elle siégeait sur la face postérieure du canal qui conduit à l'utérus.

Je mis en usage l'incision exploratrice qui m'avait déjà si souvent réussi ; je pouvais d'ailleurs, en portant mon doigt indicateur dans le vagin, et en lui donnant

la position à demi fléchie, abaisser la membrane muqueuse malade ; je la fis maintenir dans cette position ; un aide plaça, dans le rectum, les doigts indicateur et médius, pour disposer plus convenablement le plan sur lequel j'allais opérer. Deux incisions semi-lunaires cernèrent la maladie de cette femme dont le teint était déjà plombé ; à l'aide d'une dissection fort longue et très-lente dans laquelle le rectum fut ménagé, j'enlevai entièrement le cancer ; j'ouvris une seule petite artère, je la liai facilement : j'opérai le quinze mai, la malade était guérie le 12 juillet.

Mes idées sur les cancers superficiels qu'on croyait profonds, s'appliquent aux carcinomes de la partie inférieure du canal intestinal. Mais l'histoire des affections cancéreuses superficielles et celles des maladies carcinomateuses profondes du dernier intestin se lient essentiellement. Je traiterai ces deux points dans un autre chapitre ; je prouverai que, contre les préceptes admis par tous les chirurgiens, je suis parvenu à enlever avec succès une très-grande étendue de la partie inférieure du rectum devenu carcinomateux dans toute son épaisseur.

Les ailes du nez, le lobe de cet organe, semblent souvent affectés de cancer très-profond ; j'ai montré un grand nombre de fois à ma clinique de l'hôpital de la Pitié, que presque toujours ces carcinomes avaient épargné les cartilages, et que par une dissection soignée, on évitait l'ablation d'une partie de l'organe : d'ailleurs un

fait remarquable est le suivant : la peau qui borde la solution de continuité produite par l'opération jouit de fort peu de mobilité; elle ne cède presque pas aux tractions que la cicatrice exerce sur elle, d'où naît une cicatrisation à laquelle les téguments ne concourent pour ainsi dire point; ayez la précaution de réprimer souvent les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent fondu et la difformité sera à peine appréciable; la rougeur du tissu inodulaire est bientôt remplacée par une teinte un peu plus blanche que celle de la peau, qui semble d'ailleurs, pour ainsi dire, n'avoir éprouvé aucune déperdition de substance.

Un malade entré à l'hôpital de la Pitié, offrait, sur la partie latérale inférieure et droite de la région lombaire, un cancer ulcéré de la largeur de la paume de la main. Les ulcérations reposaient sur une induration volumineuse d'une immobilité absolue; un chirurgien distingué, de Paris, refusa de pratiquer une opération, il pensait que le carcinome était trop profond; je ne partageai pas cette opinion trop exclusive; je fis l'incision exploratrice que j'ai déjà si souvent indiquée, j'acquis la conviction que l'opération était praticable; j'amputai le cancer auquel l'aponévrose qui recouvre les muscles sacro-lombaire et long-dorsal avait opposé une barrière jusqu'alors insurmontable; cette aponévrose était intacte; néanmoins je la sacrifiai par surcroît de précaution : le malade guérit.

On a vu l'année dernière dans la salle Saint-Antoine

de l'hôpital de la Pitié, un homme qui portait dans l'intérieur de l'orbite un cancer très-volumineux; il avait envahi l'œil, et formait au devant de la base de cette cavité une tumeur du volume de la moitié du poing; il était d'une immobilité absolue; il semblait qu'il avait profondément altéré les parois orbitaires. Enhardi par les succès que je viens de soumettre au lecteur, j'attaquai cette tumeur; je fus assez heureux pour trouver l'orbite saine : la totalité du cancer put être enlevée; le malade a joui de tous les bénéfices de son opération.

On a vu récemment dans la même salle un individu affecté d'un cancer ulcéré s'étendant à la partie inférieure du sourcil et à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) au moins au-dessous de la base de l'orbite; il pénétrait profondément dans cette cavité; il avait rongé en grande partie les tissus mous situés à son côté interne et supérieur; ce qui en restait était d'une immobilité complète; on eût dit encore que les os étaient attaqués. J'opérai avec les précautions que j'ai indiquées; je trouvai même sous le cancer des tissus fibreux qu'il avait épargnés; les os étaient tous intacts. Nous avons obtenu la guérison, mais signalons un fait important : la peau qui bordait la solution de continuité a été ramenée en si grande quantité sur la base de l'orbite, qu'avec une cicatrice d'ailleurs très-peu étendue, elle a couvert et fermé la base de cette cavité : d'où il résulte une difformité beaucoup moins grande que si la cicatrice se fût appliquée sur la

paroi de l'orbite, qui ainsi serait restée ouverte. Chez ce malade, le sourcil est un peu plus bas que celui du côté opposé; l'aile du nez correspondante est légèrement portée en dehors et en haut.

J'ai souvent amputé les paupières et les parties situées dans l'orbite, je n'ai jamais vu se former alors une cicatrice aussi avantageuse que chez notre malade. Faudrait-il, dans tous les cas, pour obtenir ce beau résultat, sacrifier une certaine étendue des parties molles qui environnent la cavité orbitaire? je possède seulement deux observations qui viennent à l'appui de cette opinion.

Je fus appelé à la prison de la Conciergerie de Paris, pour voir M. Baune auquel on voulait faire l'amputation de la dernière phalange du doigt indicateur, afin de le guérir d'un cancer; je pensai que cette maladie pourrait être superficielle : je fis mon incision exploratrice, j'extirpai le carcinome, et je conservai la phalange qui jouit plus tard de la liberté entière de tous ses mouvements.

Dans sa thèse de concours pour une chaire de médecine opératoire, à l'École de Médecine de Paris, M. Alp. Robert s'exprime de la manière suivante : « De sorte que si M. Lisfranc a pu dire avec vérité, » qu'il est des cancers superficiels qu'on croyait pro- » fonds, on peut ici retourner sa proposition avec au- » tant de justesse » (page 33). Voici le texte de mon mémoire, publié dans la *Gazette médicale* de Paris : « Mais quel moyen fallait-il employer pour établir

» le diagnostic de la profondeur du cancer » etc., et plus bas :

« Ainsi il serait possible, comme s'il s'agissait d'un » sac herniaire, de parvenir jusque sur l'enveloppe fi- » breuse des corps caverneux. Si elle était saine, on fe- » rait une dissection soignée et la verge serait sauvée ; » si, au contraire, malheureusement la maladie avait » des racines plus profondes, le pénis serait amputé. »

Il est donc évident que j'admets la possibilité des cancers profonds, quand on peut espérer qu'ils seront superficiels, puisque je viens d'établir l'espérance de conserver la verge ou la nécessité de l'enlever; ainsi ma proposition était retournée, il devenait inutile que M. Robert s'en donnât la peine.

On voit que nos idées sur les cancers superficiels qu'on croyait profonds, sont susceptibles d'une grande extension ; il serait inutile, je pense, de multiplier davantage les faits.

Nous avons déjà dit, à l'occasion de notre incision exploratrice, appliquée aux cancers de la verge, que l'affection carcinomateuse pourrait pénétrer plus profondément qu'on ne l'avait espéré ; il est donc des cancers profonds qu'on pourrait croire superficiels. Nous avons vu plusieurs fois, à l'hôpital de la Pitié, que le pénis était trop profondément malade pour être conservé ; que certains cancers des ailes et du lobe du nez envahissaient les cartilages et exigeaient leur entière ablation.

Un malade, couché à l'hôpital de la Pitié, portait un cancer volumineux, siégeant sur la moitié droite du corps de l'os maxillaire inférieur; il était impossible de bien connaître les limites du mal. Nous avions été très-heureux sur d'autres sujets, dont on trouve les observations dans la *Gazette des Hôpitaux* : nous pouvions donc espérer de sauver la vie à ce malheureux, voué d'ailleurs à une mort certaine, si l'art ne tentait rien pour lui. Nous l'opérâmes, mais nous eûmes la douleur de ne pas pouvoir extirper la totalité de l'affection cancéreuse, qui offrait des prolongements étendus jusque sous la base du crâne. Le malade succomba un mois après les tentatives que nous avions faites pour le sauver.

Dans une autre partie de cet ouvrage nous prouverons que nos idées sur les cancers superficiels s'appliquent en général aux tumeurs.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE CANCER.

On a cru longtemps à la contagion du cancer : Tulpius parle d'un homme qui, pour soulager les douleurs atroces qu'éprouvait sa femme, appliqua sa bouche sur un carcinome qu'elle portait au sein : bientôt ses lèvres off ent tous les symptômes de cette affreuse maladie.

On a pensé que Smith, médecin anglais, était mort d'une affection cancéreuse de la langue, pour en avoir goûté l'ichor; Peyrhile inocula le cancer sur le dos d'un chien, il s'y développa une très-violente inflammation. Alibert et Dupuytren ont fait manger des tissus carcinomateux à des animaux, et la maladie n'a pas été reproduite. Alibert et plusieurs de ses élèves se sont inoculé impunément l'affection dont nous nous occupons. On pense généralement que le cancer ne peut pas être reproduit par inoculation, mais l'ichor, comme on l'a vu sur le chien de Peyrhile, est capable de déterminer une forte inflammation. Je portais au doigt une légère plaie récente : j'amputai un carcinome ulcéré de la mamelle; le lendemain même le siége de ma solution de continuité et son pourtour étaient pris d'une phlegmasie aiguë qui céda très-heureusement en quelques jours aux antiphlogistiques. Je suis plus que personne convaincu de la non-contagion du cancer.

Hippocrate, Galien, Boerhaave, Peyrhile, Grawfort, etc., ont émis des hypothèses plus ou moins futiles sur la production du cancer : ne pourrait-on pas admettre qu'au moins, dans certains cas, cette maladie est due à des tubercules de mauvaise nature, qui se développent, en plus ou moins grand nombre, dans nos tissus, à la manière des tubercules ordinaires? Ces derniers, chez beaucoup d'individus, ne siégent que dans les testicules ou la mamelle, par exemple; pourquoi n'en serait-il pas ainsi lorsqu'ils sont cancéreux? Si la

suppuration qui survient à plusieurs reprises sur des tubercules ordinaires qu'elle n'affecte pas tous en même temps, et qui offrent les conditions que nous venons d'indiquer, en débarrasse les malades, une opération ne serait-elle pas aussi heureuse quand on la répéterait plusieurs fois pour enlever le cancer? Je possède un assez grand nombre de faits qui viennent à l'appui de mon hypothèse, à laquelle, d'ailleurs, je suis loin d'attacher un grand prix. Dans le cas où elle serait un peu fondée, elle ferait rejeter, au moins chez quelques sujets, l'idée d'une infection générale, qui est devenue vulgaire et qui cause tant d'inquiétude aux malades et aux chirurgiens.

Une femme, qui est encore couchée à l'hôpital de la Pitié, a été soumise à l'amputation du sein gauche cancéreux; la plaie n'était pas entièrement cicatrisée lorsqu'il se forma autour d'elle, et sur plusieurs points où le tissu inodulaire était déjà développé, des tumeurs qui faisaient de rapides progrès, et qui bientôt offrirent les caractères du cancer ulcéré. A la même époque cette femme fut affectée sur le sein droit d'un érysipèle phlegmoneux qui détermina deux abcès; les foyers purulents se cicatrisèrent rapidement, mais il resta deux indurations, du volume environ de la dernière phalange du pouce pourvue de ses parties molles; on aurait pu croire que ces indurations étaient carcinomateuses; elles ont disparu spontanément : la malade était allée passer quelques jours à la campagne

pour des affaires pressantes. Ce fait ne vient-il pas à l'appui de l'idée qu'ici le cancer n'a pas infecté l'ensemble de l'économie, mais qu'il est au contraire borné à la région où nous avons pratiqué une seconde opération, qui, jusqu'aujourd'hui, n'est pas suivie de récidive.

D'après beaucoup de faits que j'ai observés sur l'homme, et d'après des expériences que j'ai tentées sur des animaux chez lesquels j'ai produit artificiellement des cancers, je demeure bien convaincu que des ulcères, des cicatrices, des tissus accidentels, etc., fréquemment et longtemps irrités, peuvent devenir cancéreux, sous l'influence de la seule cause que je viens d'indiquer. On voit donc que j'admets les cancers produits uniquement par des agents extérieurs; mon opinion est confirmée par l'infiniment moins grand nombre de récidives qui suivent l'opération, lorsqu'elle est pratiquée pour enlever les affections carcinomateuses du genre de celles dont nous traitons en ce moment.

Des espèces de boutons formés par un tissu accidentel, se manifestent chez un assez grand nombre d'individus : pendant la jeunesse il ne survient ordinairement aucun accident; mais à mesure que la vieillesse arrive, ces boutons peuvent s'ulcérer spontanément; le plus souvent leur solution de continuité dépend d'irritations produites par des causes externes : le pus n'est pas abondant, il se concrète, forme une légère croûte, et les malades vivent presque toujours dans une entière sé-

curité. Jusqu'aujourd'hui je n'ai jamais vu l'affection cancéreuse ne pas survenir tôt ou tard, si déjà elle n'avait pas lieu dès le commencement de l'ulcération. Une fois que le cancer existe, sur quelque tissu qu'il siége, de quelque espèce qu'il soit, on n'est jamais sûr qu'après l'avoir enlevé il ne récidivera pas; il n'est donc pas besoin de dire qu'il est important de l'empêcher de se développer.

Je conseille aux personnes qui portent sur le nez des boutons permanents, de se moucher avec précaution, de ne pas exercer sur eux des pressions et des frottements fréquents; ainsi leur dégénérescence sera probablement évitée.

Les plaies faites par le rasoir sur les productions accidentelles dont nous parlons les font très-facilement dégénérer.

Aussitôt que ces sortes de boutons s'ulcèrent, il faut toucher la surface dénudée avec le nitrate d'argent fondu, si le cancer n'existe pas encore; ensuite des pansements simples conviennent, et, suivant l'indication, on imbibe la charpie soit avec le vin aromatique, soit avec le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés.

La maladie est-elle cancéreuse, on la traite assez ordinairement par les caustiques; je les ai vus réussir; cependant, si je me rappelle le très-grand nombre de malades que j'ai soignés à l'hôpital de la Pitié, pour d'horribles cancers, qui, très-petits d'abord, avaient été

attaqués avec le cautère potentiel, je rejette en général ce moyen; dans la plupart des cas il exaspère le mal; il vaut mieux l'enlever avec le bistouri.

Dans ces derniers temps on a voulu, à l'aide de caustiques particuliers, combattre presque tous les cancers : loin de moi l'idée de nier les succès qu'on a signalés; il est aussi de terribles revers; c'est à notre indépendance qu'il appartient de ne pas les taire. Ces caustiques occasionnent de très-violentes douleurs : quoi qu'on en dise, il est impossible de bien mesurer la profondeur à laquelle ils étendent leur action; on sera souvent forcé de les réappliquer, le mal n'ayant pas été détruit dans toute son épaisseur; souvent aussi ils frappent de mort des parties saines sous-jacentes; d'ailleurs, il serait inutile de répéter qu'il est nécessaire de les disséquer pour connaître l'étendue de la plupart des cancers. Toutefois, s'ils paraissaient superficiels, si les malades se refusaient obstinément à l'usage de l'instrument tranchant, ces médicaments devraient être mis en usage.

Une ulcération superficielle et à physionomie carcinomateuse siége non pas sur un tissu accidentel, mais bien sur un tissu normal qui s'est induré dans une assez petite étendue, comme on l'observe souvent sur la langue; mettez alors en usage le protonitrate acide liquide de mercure; touchez légèrement, plutôt dans l'intention de changer le mode de vitalité des tissus que dans le dessein de les frapper de mort; vous obtiendrez presque toujours la guérison de la maladie,

surtout si, avant la cautérisation, vous combattez à l'aide des évacuations sanguines une inflammation trop vive qui pourrait exister, et si vous l'attaquez avec le même moyen quand le caustique l'a produite. L'oubli de ces principes, sanctionnés par l'expérience à l'hôpital de la Pitié, est la cause certaine d'insuccès nombreux qui ont trop souvent découragé les praticiens.

Dans des circonstances qui ne sont pas malheureusement assez rares, il se forme des fissures sur les lèvres; on les néglige, elles dégénèrent fréquemment. Touchez-les avec le nitrate d'argent fondu, vous éviterez presque toujours les dégénérescences.

Il se forme sur la joue une érosion très-limitée en surface; elle est couverte par une croûte légère d'une couleur blanchâtre ou grisâtre; aucun moyen de traitement n'est employé; il est à craindre que plus tard un cancer ne se développe : pour le prévenir, le nitrate d'argent fondu et les pansements indiqués plus haut conviennent encore.

L'humeur fournie par les follicules sébacés de la peau s'accumule et se concrète quelquefois sur une petite étendue des téguments de la face des vieillards : sous cette croûte s'établit d'abord une irritation, puis une inflammation qui, plus tôt ou plus tard, comme je l'ai observé, peut dégénérer en cancer. Est-il besoin de recommander de faire enlever le plus souvent possible la concrétion sébacée avec de l'huile d'amandes douces,

et d'employer légèrement le nitrate d'argent fondu s'il existe déjà une subinflammation?

Tout est simple, tout est facile en chirurgie et en médecine pour les hommes de cabinet qui ont peu étudié la nature, et pour ceux qui ont des yeux et qui ne voient pas; mais le praticien, après avoir bien observé pendant plus de vingt ans, hésite et doute en présence d'un assez grand nombre de maladies. Le cancer peut-il toujours être bien caractérisé? L'expérience répond par la négative. On a avancé que Desault avait guéri des affections cancéreuses du rectum par la compression; l'habitude que j'ai de traiter ces maladies ne me permet pas de croire à leur guérison sans l'usage du cautère ou de l'instrument tranchant. Je fais abstraction des affections cancéreuses de la peau, sur lesquelles je m'expliquerai dans un instant. Or, je crois que le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu n'a pas combattu victorieusement un carcinome du dernier intestin, mais bien une autre maladie qui lui ressemblait.

Pendant l'hiver très-rigoureux de 1829, il vint à l'hôpital de la Pitié un homme qui, pour tous les chirurgiens qui le virent, était affecté d'un cancer de la partie inférieure du rectum; tous les symptômes de cette maladie existaient, abstraction faite des douleurs lancinantes qui, on le sait, peuvent d'ailleurs se montrer dans des tumeurs très-simples. Je différai d'opérer, à cause du froid excessif; mais pour empêcher le prétendu cancer de faire des progrès, j'établis la compression, je fis prati-

quer quelques saignées révulsives et des frictions avec des pommades résolutives ; j'administrai à l'intérieur des préparations fondantes : le mal diminua d'abord un peu, ensuite il marcha franchement vers la guérison ; à peine, en effet, s'était-il écoulé un mois, que déjà on pouvait espérer d'éviter l'opération : le malade fut guéri sans elle ; on n'observa aucun symptôme de gangrène.

Trois femmes qui semblaient affectées de carcinomes ulcérés de l'utérus, et que j'avais considérées, avec plusieurs chirurgiens distingués, comme incurables, sont néanmoins guéries sans opération et sans cautérisation : la gangrène n'est pas survenue; les soins de propreté, les secours hygiéniques furent les seuls moyens mis en usage. Ces trois malades n'éprouvaient pas de douleurs lancinantes.

Quand il existe, sur un organe où les carcinomes sont communs, de l'engorgement, des ulcérations d'un mauvais aspect, et sécrétant des liquides suspects, on est trop disposé en général à croire à l'existence du cancer. Si ces phénomènes morbides se montraient à la jambe, il ne viendrait certainement à l'idée de personne de diagnostiquer une affection cancéreuse. Quelque rares qu'ils soient, les faits que je viens de citer n'en devaient pas moins être notés, pour donner l'éveil au praticien. Espérons qu'un jour, grâce aux progrès toujours croissants de la chirurgie, on pourra mieux connaître la cruelle maladie qui nous occupe.

Beaucoup d'ulcérations syphilitiques simulent le can-

cer. J'ai guéri par les mercuriaux et par les sudorifiques des ulcères qui s'étaient développés vingt ans après qu'une vérole avait disparu. J'en ai montré l'an dernier un exemple à l'hôpital de la Pitié. Quelques malades ne veulent pas convenir qu'ils ont été victimes d'un coït impur. La syphilis ne peut-elle pas être transmise des parents à l'enfant? ne peut-elle pas alors se montrer longtemps après la naissance? Le virus introduit dans l'économie ne peut-il pas y rester en incubation pendant un plus ou moins grand nombre d'années, et faire ensuite explosion? Quelle est la cause de la vérole chez le premier individu qui en a été affecté? On l'ignore. Le mercure et les sudorifiques ne sont-ils pas capables de guérir d'autres affections que la maladie syphilitique? Guidé par ces doutes, qu'on ne prend pas assez en considération, j'ai souvent employé le traitement anti-vénérien pour combattre des ulcérations douteuses, et souvent aussi je les ai parfaitement et même quelquefois promptement guéries.

J'ai montré publiquement l'année dernière, à ma clinique de l'hôpital de la Pitié, un homme de cinquante ans; c'était un vieux soldat d'une grande franchise; il n'avait aucun intérêt à nous déguiser la vérité. Il portait des ulcérations dans l'arrière-gorge, son cou en était sillonné; elles étaient difficiles à caractériser. Les moyens ordinaires, employés depuis longtemps et à plusieurs reprises, avaient échoué : interrogé cent fois, cet homme répondit toujours qu'il n'avait jamais eu le

moindre symptôme de vérole. Je mis en usage les mercuriaux unis aux sudorifiques : une guérison prompte fut obtenue. On ne put pas savoir si les parents de notre malade avaient eu la maladie vénérienne; il s'était exposé souvent à l'infection syphilitique.

Le cancer guérit-il spontanément? Monro en rapporte deux observations; les carcinomes étaient anciens et ulcérés. Nicod et Bayle ont observé le même fait. S'agissait-il de véritables affections cancéreuses? Les considérations que j'ai établies plus haut me permettent de rester dans un doute philosophique. Quoi qu'il en soit, les cas de ce genre sont excessivement rares. Quelquefois la cicatrisation se fait comme dans les ulcères ordinaires; mais au moment où elle paraît achevée, la peau se retire en dedans, se racornit; la tumeur devient excessivement dure; bientôt une masse cancéreuse se développe, et fait ensuite succomber le malade.

On a vu dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, un homme qui portait un cancer au sein droit; la guérison spontanée eut lieu. Ce carcinome ulcéré avait laissé subsister, après sa disparution, des tissus douteux; le malade, croyant à son entière guérison, sortit malgré nous de l'hôpital. Il revint, six ou huit mois après, nous consulter pour une tumeur carcinomateuse ulcérée, siégeant sur le sein primitivement affecté.

Louis rapporte qu'une femme affectée de cancer se fracturait les membres en se livrant à des mouvements, même dans son lit. Cette friabilité des os est rare,

puisque Bayle ne l'a pas rencontrée dans les autopsies très-nombreuses qu'il a faites en étudiant le cancer. Pendant dix-huit ans, j'ai fait manœuvrer à un grand nombre d'élèves les opérations chirurgicales; j'ai eu à ma disposition presque tous les cadavres des femmes mortes de cancers à la Salpêtrière; j'ai vu souvent que les os étaient plus mous qu'à l'état normal; deux ou trois traits de scie suffisaient pour diviser le fémur dans toute son épaisseur et dans toute sa circonférence.

Lorsqu'un viscère non carcinomateux est profondément et depuis longtemps malade, il peut produire tous les symptômes de la prétendue diathèse cancéreuse; elle n'est pas un signe de l'existence du cancer dans toute l'économie. Morgagni cite l'histoire d'une femme âgée de quarante ans; elle était affectée d'un cancer ulcéré dont l'ichor répandait une puanteur horrible; la tumeur était immobile : cette femme était réduite à un tel degré de marasme, que Valsalva, n'osant pas employer l'instrument tranchant, eut recours à la ligature. La guérison se soutint pendant cinq ans : à cette époque, une nouvelle opération fut pratiquée; elle amena une cure radicale. Dupuytren a opéré plusieurs malades offrant des cas à peu près semblables; je les ai suivis après leur guérison, qui s'est soutenue plusieurs années. Je pourrais citer quelques faits de ce genre que j'ai observés dans ma pratique.

Hippocrate, Galien, Houppeville, Triller, Marcatus, Monro, etc., pensent que si la tumeur est ancienne,

volumineuse, parsemée de veines variqueuses et adhérente aux parties voisines, que si elle existe avec des douleurs lancinantes et une chaleur brûlante, que si les ganglions lymphatiques sont engorgés, que si la peau paraît rétractée, on doit renoncer à toute espèce d'opération. Lecat rapporte des observations contraires à ces idées. Ledran a opéré et guéri sans récidive une femme qui portait au sein un cancer ulcéré pesant six kilogrammes (douze livres). Quand les viscères sont sains, que le malade n'est pas trop affaibli, qu'on peut enlever la totalité du mal sans faire une plaie trop étendue, la saine philosophie chirurgicale exige donc qu'on pratique l'opération; j'en ai eu d'ailleurs la preuve dans la pratique de Dupuytren et dans la mienne. Si l'art ne tente rien pour eux, les malheureux affectés de cancers très-avancés sont voués à une mort certaine; et quelle mort! Si, au contraire, une opération est pratiquée, des faits incontestables démontrent que la guérison peut être définitivement obtenue, ou au moins se soutenir quelque temps.

Il est encore des médecins qui croient que, même dans les cancers ordinaires, toute opération est au moins inutile; l'expérience repousse l'absurdité de cette idée : il serait inutile de citer ici des preuves, car tous les bons observateurs savent que les affections cancéreuses sont loin de récidiver toujours. Mais les hommes de bonne foi conviennent qu'il est très-difficile, s'il n'est pas impossible, d'avoir, d'après des faits, des idées bien arrê-

tées sur le plus ou moins grand nombre des récidives. Beaucoup de malades opérés et guéris s'en vont au loin; on ne sait pas ce qu'ils deviennent : le plus grand nombre appartient à la classe du peuple, qui change souvent de logement, et qu'on ne retrouve plus, malgré tous les soins qu'on y apporte. Pour pouvoir faire une bonne statistique, il serait indispensable d'avoir à sa disposition une personne qui pendant dix ou quinze ans, et même davantage, s'en occupât exclusivement. Parviendrait-elle à faire un travail bien exact? J'en doute fort.

Monro, Boyer, Farlane et Rouzet pensent que la répullulation du cancer est constante, à quelques légères exceptions près; Hill, North, Schmucker, etc., sont d'une opinion diamétralement opposée. Je pratique la chirurgie dans les hôpitaux depuis près de vingt ans; je me suis beaucoup occupé des cancers, j'en ai opéré un très-grand nombre; j'ai suivi moi-même et j'ai fait suivre, autant que j'ai pu, mes opérés après leur guérison, et je crois que les récidives ne sont pas très-communes, si surtout, après l'opération, on met en usage les moyens propres à éviter la reproduction de la maladie, moyens que les chirurgiens ont trop négligés et négligent trop encore.

Les cancers de la peau, et ceux qui se développent sur les tissus accidentels, sont moins que les autres sujets à la récidive; l'expérience a sanctionné cette proposition.

Broussais, Lallemand de Montpellier ont guéri des cancers de la peau par les évacuations sanguines locales;

j'ai montré publiquement, à l'hôpital de la Pitié, des faits de ce genre, mais je ne suis jamais parvenu, à l'aide du même moyen, à guérir les carcinomes lorsqu'ils siégeaient ailleurs. On sait que pendant plusieurs années, j'ai fait sur ce point des essais avec une grande ténacité.

Bell et la plupart des praticiens admettent l'hérédité du cancer : doit-elle contre-indiquer une opération? Manne cite l'observation d'une religieuse affectée d'un carcinome au sein; elle ne voulait pas consentir à son ablation, parce que sa mère et un de ses oncles étaient morts de la même maladie; cependant, la violence des douleurs la fit changer de détermination : la cure radicale fut obtenue. Je conçois que sur les malades chez lesquels le cancer se développe d'emblée, l'hérédité expose singulièrement à la récidive; mais si, dans certaines familles, comme je l'ai observé très-fréquemment, surtout sur le col de l'utérus, l'affection cancéreuse ne survient qu'à la suite d'inflammation chronique, d'ulcération simple trop longtemps négligées, alors, la reproduction du cancer sera moins à redouter que dans les circonstances ordinaires. La subinflammation et les ulcères simples sont-ils traités convenablement, j'ai acquis la conviction qu'on les guérit presque toujours; les abandonne-t-on, au contraire, aux soins de la nature, la dégénérescence cancéreuse est extraordinairement fréquente. Cette opinion est fondée sur l'infiniment plus grand nombre de carcinomes observés avant la publication des travaux récents sur les maladies de la

matrice. Ces faits démontrent encore que le cancer peut être local, et qu'en d'autres termes le principe n'en existe pas toujours dans l'économie, pour venir ensuite se fixer sur un organe.

Un cancer assez volumineux s'observe sur un individu très-avancé en âge ; cette maladie ne fait pas éprouver de douleur, ou bien elle est presque indolente ; elle est stationnaire, ou bien encore elle fait peu de progrès : on renonce alors à l'opération.

Les ganglions lymphatiques engorgés qu'on ne peut pas enlever et qui sont situés autour du cancer sont-ils une contre-indication à l'opération ? on le pense généralement : Desault, Sœmmering et Assalini les ont vus disparaître spontanément après l'ablation de la maladie. Je fus chargé par la Faculté de Médecine de Paris de remplacer M. Bougon, à l'hôpital Saint-Côme, où je professai pendant six mois la clinique de perfectionnement : je trouvai, dans cet hôpital, une femme sur laquelle on avait enlevé un sein cancéreux, sans extirper des ganglions lymphatiques engorgés siégeant dans le creux de l'aisselle; ils n'étaient pas trop volumineux; on en comptait trois que leur développement commençait à agglomérer : je crus qu'il ne serait pas impossible de les résoudre; j'y étais parvenu chez plusieurs malades, à l'hôpital de la Pitié. Tous les symptômes d'une subinflammation se faisant observer; je prescrivis une application de sangsues autour de l'engorgement; ces vers aquatiques furent mis sur la tumeur elle-même; il en

résulta une vive phlegmasie; bientôt la fluctuation se manifesta; on crut à un cancer occulte, mais le liquide accumulé dans les tissus se fit jour à travers les téguments; on le vit en grande quantité sur le cataplasme émollient qu'on mettait en usage. Était-ce de l'ichor du cancer? C'était du pus blanc, onctueux, homogène et bien lié; en d'autres termes, c'était le pus louable des anciens; il n'en restait pas dans le foyer, dont presque toute l'étendue était mise à découvert, la peau ayant éprouvé une large déperdition de substance: on n'y voyait aucun symptôme de cancer. La poche purulente se cicatrisa, et l'engorgement qui restait autour d'elle se dissipa rapidement sous l'influence d'abord des antiphlogistiques et ensuite des fondants.

Les faits rapportés par Desault, Sœmmering et Assalini, ceux plus nombreux encore que nous avons observés, en employant les moyens propres à combattre les engorgements dont nous nous occupons, seraient pour l'empirisme aveugle la preuve que dans tous les cas de ce genre on devrait opérer; mais, si l'on a dit avec tant de raison que toute la médecine est dans l'observation, nous croyons que la saine thérapeutique est entièrement basée sur les indications. Or, si des ganglions lymphatiques engorgés autour d'un cancer ne peuvent pas être enlevés, s'ils sont nombreux, volumineux, très-durs, adhérents, s'ils offrent des saillies et des enfoncements, je renoncerai à toute idée d'opération; si, au contraire, ces tumeurs sont peu nombreuses, peu volumineuses,

non adhérentes, si leur dureté n'est pas trop grande, si leur surface n'offre pas d'inégalités, je crois qu'une opération doit être tentée : la saine philosophie chirurgicale le commande. En effet, le malade est-il abandonné aux soins de la nature, il succombe nécessairement; la médecine opératoire lui vient-elle en aide, il court des chances de guérison; elles sont d'autant moins douteuses que, grâce à l'alliance heureuse de la chirurgie à la médecine, les méthodes de traitement employées pour combattre les engorgements chroniques ont obtenu dans ces derniers temps de grands et d'incontestables succès, n'en déplaise à l'homme qui n'a pas craint d'écrire que toujours le couteau était préférable.

Mais fournissons encore des arguments à l'appui de l'opinion que nous venons de défendre. 1° J'ai prouvé, par l'anatomie pathologique, que tous les ganglions lymphatiques engorgés et situés autour du carcinome n'étaient pas cancéreux, ni même squirrheux : j'ai plusieurs fois enlevé, à l'hôpital de la Pitié, des seins carcinomateux, desquels partaient des engorgements isolés et souvent en forme de chapelet; ils s'étendaient jusque dans le creux de l'aisselle; les plus rapprochés de la tumeur offraient partout les caractères anatomiques du cancer; ceux situés un peu plus loin étaient squirrheux; ceux enfin qui siégeaient dans l'espace axillaire étaient les moins volumineux : leur développement était assez récent; on y voyait une subinflammation avec une simple augmentation de volume des tissus, qui ne présentaient pas la

moindre dégénérescence organique. J'ai montré ces pièces d'anatomie pathologique à l'Académie royale de Médecine.

2° Vous avez opéré un cancer, la plaie se cicatrise : après un temps plus ou moins long, vous observez des tumeurs sous la cicatrice ou autour d'elle ; on croit qu'elles constituent des cancers : je les ai attaquées par les antiphlogistiques et par les fondants, suivant les indications, et je les ai vues quelquefois céder complétement à l'usage de ces moyens. Il en eût été autrement si l'affection carcinomateuse avait résidé dans ces tumeurs : je l'ai dit plus haut, le caustique ou une opération auraient pu seuls alors les détruire.

Rappelons toutefois que la récidive est plus à redouter quand des ganglions lymphatiques engorgés avoisinent le cancer ; lors même que ces ganglions sont enlevés, l'expérience a trop souvent démontré qu'il peut en exister d'autres : à cause de leur très-petit volume, ils ont échappé à tous les moyens d'investigation.

On croit que les tubercules très-superficiels, situés en grand nombre près des tumeurs carcinomateuses, siégent dans l'épaisseur de la peau. J'en ai bien souvent disséqué ; je les ai toujours trouvés sous les téguments singulièrement amincis.

Est-il possible de combattre victorieusement la récidive du cancer, dans son principe, sans recourir à une opération ou à l'usage des caustiques? On trouvera, dans les journaux de la science, des faits qui permettent de

répondre par l'affirmative; ils ont été recueillis dans ma division, à l'hôpital de la Pitié; je les ai montrés publiquement. Je n'en citerai qu'un seul.

Un ancien brave, sorti des rangs de cette garde impériale qui fut si longtemps la terreur de l'Europe, portait sur l'aile du nez et à une petite distance sur les parties environnantes un cancer mélané; je l'enlevai : deux fois la plaie, qui s'était déjà préalablement détergée, présenta les plaques de couleur ardoisée des auteurs; des douleurs lancinantes existaient; l'ulcère faisait des progrès en surface et en profondeur. J'eus recours aux cataplasmes émollients; je fis appliquer une vingtaine de sangsues au-dessous de l'os maxillaire inférieur : quelques jours suffirent pour voir disparaître tous les symptômes fâcheux que nous venons d'indiquer. La plaie avait repris un très-bel aspect; elle marchait franchement vers son entière cicatrisation, lorsque nous vîmes se reproduire pour la troisième fois les phénomènes de répullulation dont nous venons de parler; il s'y joignit un engorgement dans la fosse canine; il était du volume d'une noisette environ : nous reprîmes l'usage des cataplasmes et des sangsues. Quand l'irritation fut calmée, nous établîmes sur l'induration la compression faite avec de l'agaric et des circulaires de bande : nous réussîmes au delà de nos espérances; l'engorgement disparut, la plaie se couvrit de bourgeons charnus de très-bonne nature; elle se cicatrisa parfaitement : le malade resta encore plusieurs semaines à l'hôpital; rien ne démentit l'heu-

reux succès que nous venions d'obtenir. Cet homme demeurait dans le quartier des Invalides, où nous sommes allé le voir plusieurs fois; mais nous avions fini par le perdre de vue, lorsque, plus de dix ans après son opération, il vint à l'hôpital de la Pitié nous demander des conseils sur la santé de sa femme. Je le présentai alors aux élèves qui suivaient ma clinique; ils s'assurèrent comme moi que la guérison s'était soutenue.

Une tumeur cancéreuse existe avec ou sans ulcération; le tissu carcinomateux ou squirrheux occupe-t-il toute son étendue? examinons avec une sérieuse attention cette question importante, et montrons par quelle voie nous sommes parvenu au résultat satisfaisant que nous allons énoncer.

On annonçait qu'on pouvait guérir le cancer par les évacuations sanguines locales; déjà on avait publié des observations de guérison d'un assez grand nombre de cancers de la peau. J'attaquai à l'aide de ce moyen les carcinomes siégeant sur d'autres tissus; je ne parvins point à les détruire; mais un fait fort extraordinaire alors me frappait, le voici : tandis que, dans la plupart des cas, sous l'influence de l'application des sangsues, l'affection carcinomateuse diminuait d'une manière très-notable à sa circonférence, l'ulcération située à son centre faisait quelques progrès. A quoi tenaient ces phénomènes? nous l'ignorions. Toutefois ils stimulèrent singulièrement notre attention : après avoir profondément médité, nous nous proposâmes de faire, avec

le plus grand soin, l'anatomie pathologique des tumeurs cancéreuses que nous opérerions désormais. L'occasion s'en offrit bientôt dans notre hôpital, où ces maladies sont si communes et se présentent sous un si grand nombre de formes.

Dans les circonstances les plus rares nous trouvâmes des tissus cancéreux, squirrheux, constituant la totalité de la maladie; mais, dans la plupart des cas, nous rencontrâmes au centre des tumeurs le tissu cancéreux, avec ou sans ulcération; un peu plus loin la matière squirrheuse; plus loin encore, et souvent dans une très-grande étendue, l'induration blanche, simple, accompagnée d'une subinflammation qui, presque toujours, siégeait à son pourtour, et qui se montrait quelquefois dans toute son épaisseur.

Ces idées ont irrité la coterie au suprême degré : toujours dirigée par son esprit stationnaire et souvent rétrograde, elle a dit : Vous admettez donc que les cancers sont des inflammations, ou bien que toujours des phlegmasies les produisent? Nous n'admettons rien, messieurs; nous signalons des faits incontestables, contre lesquels les calomnies et les incurables médiocrités viendront constamment se briser : de ces faits découlent nécessairement les conséquences essentiellement pratiques que nous allons soumettre au lecteur.

1° Un cancer est trop étendu : la vaste plaie qui résulterait de son ablation ferait succomber le malade;

on renonce à l'opération : nous appliquons alors quinze ou vingt sangsues, suivant l'état des forces du sujet ; nous couvrons la maladie d'un large cataplasme émollient ; l'alimentation est douce, nous la diminuons d'un quart. Tant que la subinflammation persiste, nous continuons l'usage de ces moyens ; elle est caractérisée par l'augmentation de la caloricité sur le point affecté, par la douleur constante ou presque permanente qui se fait éprouver à des degrés variés. Mais nous avons à combattre une phlegmasie chronique qui siége sur des tissus anormaux et sur un sujet plus ou moins affaibli : ici les médecins exagérés, qui compromettent les meilleures méthodes, mettraient en usage les annélides, comme s'il s'agissait d'un phlegmon chez un homme d'une forte constitution ; le chirurgien clinique évite cet écart pernicieux de jugement et de savoir : il prend en grande considération les forces de réaction plus ou moins prononcées du malade, et en général il a recours aux évacuations sanguines locales tous les dix ou quinze jours seulement. Lorsqu'à l'aide de cette médication l'excès de caloricité de la peau qui recouvre la maladie a disparu, lorsque les douleurs sont devenues intermittentes et que des élancements rares se font sentir, lorsque depuis cinq ou six jours l'amélioration se soutient, on fait abstraction des moyens que nous venons d'indiquer : on se retranche sur les fondants, parmi lesquels la compression tient le premier rang ; on suit attentivement l'action de ces médicaments, car

s'ils dépassaient le but qu'on se propose d'atteindre, s'ils produisaient trop d'excitation, s'ils reproduisaient la subinflammation, on en cesserait immédiatement l'usage, et au besoin on reviendrait même aux antiphlogistiques pour recourir plus tard aux fondants, suivant l'indication. Nous avons souvent montré, à l'hôpital de la Pitié, des malades sur lesquels la médication que nous proposons a réussi au delà de nos espérances : des cancers dont l'étendue était représentée par dix se trouvaient ainsi réduits à six et même à quatre; l'opération, nous l'avons dit, était d'abord impraticable; en rétrécissant les limites du mal, non-seulement j'avais pu opérer, mais encore j'avais enlevé un cancer de dimensions ordinaires. J'ai présenté à l'Académie royale de Médecine des malades sur lesquels j'avais obtenu le succès que je viens d'indiquer ; j'ai communiqué à cette société savante ma méthode de traitement, et les journaux de médecine en ont rendu un compte fidèle.

2° Un cancer, sans être trop étendu, embrasse néanmoins des organes assez importants pour qu'on ne puisse pas l'enlever, ou bien pour que son ablation devienne très-difficile et dangereuse. Je mets en usage le traitement énoncé plus haut, et fréquemment, à mesure que la maladie se rétrécit et qu'elle s'éloigne assez des nerfs volumineux et des vaisseaux d'un gros calibre, non-seulement l'opération est praticable, mais encore on peut la faire avec sécurité. L'un de mes internes les plus distingués, M. Baud, auquel j'ai enlevé la moitié

de la mâchoire inférieure, en la désarticulant d'un côté, a joui des bénéfices des préceptes de thérapeutique sur lesquels j'insiste en ce moment.

Une jeune fille, couchée à l'hôpital de la Pitié, portait au sein une tumeur cancéreuse qui en avait envahi toute l'étendue : nous suivîmes le même traitement, nous réduisîmes l'engorgement au point qu'une simple incision suffit pour le mettre à découvert, le disséquer et l'enlever en conservant la mamelle; le centre de la maladie renfermait un noyau carcinomateux qui avait résisté à nos moyens.

3° On tente d'obtenir la résolution d'une tumeur douteuse; elle diminue à sa circonférence, d'abord même avec rapidité; puis l'amendement marche lentement, il s'arrête dans ses progrès : vingt à vingt-cinq jours s'écoulent; l'état du mal est toujours stationnaire : alors les médecins à système, à doctrine exclusive, ignorant d'ailleurs peut-être les données d'anatomie pathologique que j'ai signalées, croient que par cela même qu'ils sont parvenus à résoudre une grande partie de l'engorgement, ils peuvent, ils doivent nécessairement dissiper le reste : en conséquence de ces idées, ils rejettent l'opération avec une opiniâtreté incroyable. Qu'arrive-t-il alors? une recrudescence carcinomateuse peut se développer, marcher très-rapidement, et déterminer des symptômes généraux très-graves qui, contre-indiquant l'opération, font succomber promptement les malades. On sait d'ailleurs qu'en luttant trop

longtemps à l'aide des moyens fondants contre les tumeurs douteuses ou de mauvaise nature, on s'expose davantage à l'infection générale. J'émis toutes ces idées en présence de plusieurs de nos confrères, à l'occasion de l'épouse du précepteur d'un prince; Broussais les comprit parfaitement : il les adopta même avec une sorte d'enthousiasme; elles ne furent pas goûtées par les hommes exagérés. Une explosion carcinomateuse terrible survint, et la malade succomba.

Il est d'observation que plus le cancer est vivace, plus sa récidive est à craindre; il en est de même quand une inflammation assez vive l'accompagne : il faut la diminuer par les évacuations sanguines locales employées quelques jours avant l'opération. Parmi les moyens conseillés après la cicatrisation de la plaie pour éviter la répullulation de la maladie, la saignée générale tient surtout le premier rang.

Autant que les localités et les circonstances pathologiques le permettent, on doit, lorsqu'on pratique l'opération, enlever au moins un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) des tissus sains environnant le cancer; car le germe de la maladie pourrait exister sur les parties en apparence intactes qui lui sont adossées. Je suis convaincu par un assez grand nombre de faits que l'observation de cet excellent précepte ne concourt pas peu à éviter les récidives; cependant, quand la peau paraît saine, on en conserve une assez grande quantité pour tenter la réunion immédiate; elle a l'avan

tage, 1° de faire cesser beaucoup plus tôt l'irritation qu'occasionne la plaie sur le siége du cancer : ainsi donc on affaiblit beaucoup une cause puissante de répullulation de la maladie; 2° la cicatrice moins large est soumise, dans les mouvements auxquels le malade se livre, à des tiraillements moins étendus et moins violents que si la consolidation de la solution de continuité avait été obtenue par seconde intention et avec une cicatrice un peu large.

L'ablation du cancer est pratiquée; je conseille de parcourir méthodiquement, et avec le bout des doigts indicateur et médius, tous les points de la plaie; on y trouve souvent des tubercules miliaires dont il est facile de la débarrasser : j'en ai vu beaucoup dans l'épaisseur du grand et du petit pectoral; j'en ai trouvé sous les bords de la solution de continuité quand je les soulevais en les éloignant de son centre; malgré toutes les précautions qu'on met à les extirper, il est rare, s'ils sont très-nombreux, qu'il n'en échappe pas quelques-uns, même au chirurgien le plus attentif : la récidive de la maladie est alors extrêmement fréquente. Sur des sujets morts quelques jours après avoir été opérés, l'autopsie nous a fait voir quelquefois des centaines de ces espèces de tubercules jusque sous le scapulum, sous la clavicule et sur la plèvre.

M. Martinet de la Creuse a proposé et mis en usage l'autoplastie immédiatement après avoir amputé le cancer ; il a réussi, en déplaçant les tissus, en leur faisant contracter de nouvelles adhérences avec des parties plus ou

moins éloignées du siége qu'ils occupaient : ainsi il a peut-être modifié avantageusement leur vitalité ; quand on répare la déperdition de substance produite par l'opération, la cicatrice située sur le point envahi par le cancer est nécessairement soumise à moins de tiraillements, et par cela même à moins de chances de répullulation. Cette méthode ne peut d'ailleurs être définitivement jugée que par le temps et par un grand nombre de faits dont nous manquons encore.

Un cancer est enlevé ; la cicatrisation de la plaie est obtenue ; le chirurgien n'a pas entièrement rempli sa mission : le malade est exposé à la récidive du carcinome. Il existe des moyens capables de la prévenir ; l'expérience en a sanctionné bien souvent pour nous les heureux effets ; nous avons la conviction que la reproduction des affections carcinomateuses a été infiniment moins commune, après nos opérations, lorsque les opérés ont été assez dociles pour suivre exactement nos conseils. Vous avez débarrassé l'économie d'un cancer, mais vous n'avez rien fait pour en attaquer la cause. On le voit dans tous les auteurs, les affections morales tristes, la suppression des menstrues, du flux hémorrhoïdal, etc., la rétrocession d'un exanthème cutané, etc., etc., peuvent devenir des causes efficientes ou déterminantes de la maladie : pourquoi ne les combattrait-on pas avec le plus grand soin ? pourquoi aussi n'administrerait-on pas à l'intérieur des médicaments qui, en modifiant la vitalité de nos organes, retarderaient et feraient peut-être

même disparaître les dispositions qui existent trop souvent pour reproduire l'affection cancéreuse? Ne sait-on pas que, quand elle est développée, ces médicaments, unis aux soins hygiéniques vantés par Boerhaave, en empêchent quelquefois les progrès et en ralentissent la marche, preuve évidente et incontestable de leur action sur le principe carcinomateux? Je ne puis pas dissimuler l'étonnement profond dont je suis frappé lorsque je songe avec quelle légèreté les anciens et la plupart des modernes ont traité ces idées; elles manquent même entièrement dans quelques ouvrages récemment publiés. Il s'agit ici des intérêts sacrés de l'humanité : *Nam agitur de pelle humana.* (Baglivi.) Je ne cesserai de le répéter, en général les chirurgiens ne font que de la menuiserie, pour ainsi dire; ils ne sont point assez pénétrés des immenses avantages de l'alliance heureuse de la chirurgie à la médecine. Il en est même quelques-uns qui oublient jusqu'aux plus simples notions de pathologie interne; aussi avez-vous dû entendre, au moins avec quelque surprise, un parleur prétentieux dire au sein de l'Académie royale de Médecine, à l'occasion de la discussion sur la statistique médicale, que *dans l'apoplexie tout lui paraissait accessoire auprès de l'épanchement du sang.* (*Gazette médicale* de Paris, 27 mai 1837, discours de M. Velpeau.) Comme s'il était indifférent que la lésion eût son siége dans le centre ovale de Vieussens, dans le corps calleux, dans l'épaisseur de la protubérance annulaire, ou bien à la superficie du cer-

veau ! comme si cette maladie ne pouvait pas tenir à des affections morales vives, à des anévrismes du cœur, etc., etc., causes qui exigent, pour le médecin clinique, des modifications dans le traitement et dans le pronostic, etc. ! Oserons-nous encore ajouter que le même académicien, se targuant d'ailleurs d'*être empirique*, prétendait dans la même séance que l'on exagérait beaucoup, *à coup sûr*, en disant que *la même maladie peut varier d'un jour à l'autre*? Invoquant les exemples à l'appui des généralités, il s'écriait : « La pneumonie d'aujourd'hui ne dif- » fère pas de celle d'hier. » (*Gazette médicale* de Paris, discours de M. Velpeau, *loco cit.*) Comme si, dans l'espace de vingt-quatre heures, l'inflammation du poumon ne pouvait pas passer du deuxième degré au troisième degré, et comme si cette dernière circonstance était une chose accessoire !

Occupons-nous donc très-sérieusement des moyens tendant à éviter la récidive du cancer. Les opérés dont la cicatrisation des plaies est achevée sont fatigués, au moral et au physique, des soins qu'on leur a donnés pour obtenir leur guérison ; ils la croient certaine et définitive ; trop souvent alors ils s'endorment sur la foi des traités, ils négligent les sages avis que leur a dictés un chirurgien clinique. Dites à ces malades : « Vous n'êtes pas encore entièrement guéris ; nous n'avons rempli qu'une partie des devoirs que nous impose la confiance dont vous nous entourez. » Ajoutez, pour ne pas les effrayer et pour les rendre dociles,

qu'une récidive est à redouter (souvent ils le savaient déjà), mais que, grâce aux progrès récents de la chirurgie, on l'évitera très-certainement, très-sûrement, en continuant pendant quelque temps encore à suivre un traitement fort simple et très-facile. Nous allons le tracer.

Chez les sujets sanguins, on pratique des saignées générales spoliatives; on emploie le même moyen sur ceux qui sont soumis à la suppression de quelque évacuation sanguine devenue habituelle. L'indication est souvent, au contraire, de mettre en usage les moyens destinés à rappeler cette évacuation sanguine. Si des congestions se montrent dans la région qui a été le siége de l'opération, on fait la petite saignée révulsive dont nous avons obtenu tant de succès : elle est ordinairement de quatre-vingt-dix à cent vingt grammes (de trois à quatre onces). On donne la préférence à la phlébotomie.

Je conseille l'usage des tisanes dépuratives : les anciens leur donnaient trop d'importance; elles sont trop négligées aujourd'hui, ainsi que les sucs des plantes amères.

Pendant quelques mois, je fais administrer le matin une pilule de cinq centigrammes (un grain) de poudre de ciguë; la dose de ce médicament est doublée à la fin du premier septénaire, triplée à la fin du second, et quadruplée à la fin du troisième. On s'arrête à cette dose, dans la crainte de fatiguer l'estomac et l'innervation chez certains individus. Je rejette l'extrait de cette

substance; il est presque toujours charbonné. L'usage de la ciguë fut bientôt déchu de la haute réputation qu'il avait acquis, surtout en Allemagne; il eut le sort de presque tous les moyens auxquels on attribue une trop grande valeur; on les essaye, ils échouent presque toujours, ou bien ils ne produisent qu'un amendement léger. D'ailleurs, ils sont nouveaux, ils déplaisent à beaucoup de gens; on les rejette entièrement.

Depuis un grand nombre d'années, j'emploie la poudre de ciguë comme moyen fondant et antinerveux : j'ai fait autrefois, à l'hôpital de la Pitié, des expériences nombreuses et comparatives sur ce médicament, qui m'inspire une grande confiance fondée sur l'observation des faits; mais il faut bien savoir le manier, et en faire abstraction dans les cas d'exception où, même à la dose que je viens d'indiquer, il irrite les organes digestifs et exalte le système nerveux. Je l'ai vu souvent dissiper des gastralgies rebelles chez des femmes affectées de maladies de l'utérus.

N'oublions pas de recommander les purgatifs légers, lorsque l'état du canal intestinal en permet l'usage. Disons aussi que les exutoires sont très-avantageux dans les cas de rétrocession.

Nous avons avancé qu'une opération étant pratiquée, des engorgements légers pouvaient échapper à toutes les investigations des chirurgiens; on sait qu'ils ne sont pas toujours cancéreux : la thérapeutique possède encore d'autres moyens très-puissants pour en obtenir la réso-

lution, et peut-être aussi pour en empêcher d'autres de se développer.

1° Les préparations d'iode jouissent d'une réputation bien méritée : je mets en usage la dissolution suivante, dont le malade prend, matin et soir, une cuillerée à bouche dans une tasse d'eau sucrée, une heure avant ou trois ou quatre heures après le repas :

℞ Eau distillée de tilleul.	Cent quatre-vingts grammes (six onces).
Iodure de potassium. .	Douze décigrammes (vingt-quatre grains).
Iode pur.	Cinq centigrammes (un grain).

Tous les huit jours, on augmentera de trois à quatre décigrammes la dose de l'iodure de potassium, et l'on pourra ainsi la porter à douze décigrammes par jour, et même davantage. Il est bien entendu que l'administration de cette dissolution exclut nécessairement l'usage de la poudre de ciguë.

Des frictions autour de la cicatrice conviennent encore ; on les pratique tous les soirs avec le volume d'une noix ordinaire de la pommade ci-après :

℞ Axonge purifiée. . . .	Trente grammes (une once).
Iodure de plomb. . . .	Quatre grammes (un gros).
Opium muqueux. . . .	Trois décigrammes (six grains).

En établissant la compression avec de l'agaric et un bandage convenable, suivant les localités, sur la cicatrice, et à une certaine distance autour d'elle, les récidives ont été beaucoup moins fréquentes; ce moyen

m'a semblé très-avantageux dans un assez grand nombre de circonstances. N'oublions pas de dire que si l'anatomie pathologique a montré carcinomateux les engorgements qui commencent à se développer après les opérations, elle a prouvé aussi que ces engorgements pouvaient être d'abord simples ; disons qu'alors ils ont une grande tendance à dégénérer rapidement ; j'ai montré tous ces faits à ma clinique de l'hôpital de la Pitié.

Les bains généraux à l'eau de son ne doivent pas être négligés. On évitera avec soin toutes les causes capables d'irriter la cicatrice; le malade s'abstiendra surtout, pendant un temps plus ou moins long, de livrer à des mouvements multipliés et étendus, les parties sur lesquelles elle siégera. Quand on pratique sur la lèvre inférieure l'amputation d'un cancer, on est obligé de faire ordinairement, à l'aide d'une incision en V, une grande déperdition de substance ; la réunion des bords de la solution de continuité rétrécit singulièrement la bouche ; le point cicatrisé est ainsi exposé à des tiraillements très-fréquents, d'où naît une irritation qui presque toujours fait répulluler le cancer. Dupuytren a insisté avec beaucoup de raison sur cette cause si commune de récidive de la maladie. Tout le monde connaît la méthode opératoire avantageuse qu'il a imaginée, et qui soustrait, en général, le malade aux inconvénients graves que nous venons de signaler.

Les soins hygiéniques ne sont pas assez pris en considération, quand il s'agit d'éviter la récidive du cancer

à la suite de l'opération : les malades doivent se nourrir d'aliments doux ; le lait, les œufs, les fruits, les légumes, le poisson frais, les viandes blanches, l'eau rougie conviennent plus spécialement ; les liqueurs spiritueuses et toutes les substances alimentaires excitantes ou irritantes, doivent être très-soigneusement rejetées ; à moins que le malade ne soit affaibli, il ne devra pas, pendant quelque temps, satisfaire complétement son appétit.

Il est bien reconnu que la récidive des affections cancéreuses cède d'autant plus souvent aux moyens thérapeutiques indiqués dans cet ouvrage, qu'on l'attaque plus promptement; aussi faut-il recommander aux opérés de se hâter alors de recourir aux secours de l'a t.

PUSTULE MALIGNE.

La pustule maligne est comme le charbon une maladie essentiellement gangréneuse et fort grave.

Elle est plus commune dans les lieux bas, marécageux, où l'on élève beaucoup de bétail. Les pays où elle se développe le plus communément en France, sont la Franche-Comté, la Lorraine, la Champagne, la Brie,

la Bourgogne, le Gâtinais, le Lyonnais, la Provence, le Dauphiné, le Languedoc et le Forez ; elle est rare dans les contrées septentrionales.

La pustule maligne se développe le plus ordinairement sur les parties habituellement découvertes ; on la voit plus souvent à la face, au cou, sur les membres thorachiques, et aux jambes, chez les gens du peuple qui ne portent pas de bas. Un boucher dépouillait un bœuf mort de la maladie dont nous nous occupons ; il mit son couteau ensanglanté entre ses dents, il fut affecté d'une pustule maligne à la langue.

Le plus ordinairement la pustule maligne provient, chez l'homme, d'un principe délétère, qui lui est transmis par des animaux affectés de charbon. Dans les années chaudes et humides, lorsque les pâturages sont alternativement submergés par le débordement d'une rivière et desséchés rapidement par l'ardeur du soleil, lorsque les fourrages sont vasés, rouillés, chargés d'insectes en putréfaction, les animaux domestiques, surtout les moutons, sont sujets à une fièvre gangréneuse fort aiguë : tantôt la maladie les fait périr rapidement sans qu'il se montre aucun symptôme extérieur ; tantôt on voit sur différentes parties du corps des charbons plus ou moins étendus ; d'autres fois on trouve la gangrène sur les viscères : le contact de ces bestiaux est pour l'homme un foyer d'infection ; leur chair, leur sang, etc., renferment un virus qui, appliqué sur les téguments, y développe toute sa malignité avec

des symptômes particuliers qui caractérisent l'espèce de maladie dont nous traitons ; elle attaque plus particulièrement les pâtres, les laboureurs, les vétérinaires, les bouchers, et généralement tous ceux qui sont en rapport avec les bestiaux.

Les animaux tués après une grande fatigue, ou pendant une fièvre dont le caractère n'est pas bien connu, peuvent communiquer la pustule maligne. Chaussier a vu une personne attaquée de cette maladie au doigt après avoir préparé un lièvre qui avait été poursuivi longtemps par les chasseurs ; les dépouilles des animaux morts de charbon, ou qui sont dans les circonstances dont nous venons de parler, peuvent engendrer la pustule maligne : aussi les tanneurs, les corroyeurs, tous ceux qui travaillent les peaux la présentent assez fréquemment. Il est d'observation, que la laine conservée pendant cinq à six ans, exposée même à l'air, teinte et employée à la confection d'un tissu, jouit néanmoins de la propriété de communiquer la maladie. Le cuir, quoique travaillé et enfoui longtemps dans des fosses, peut rester contagieux.

Le principe de la pustule maligne pénètre dans l'économie par plusieurs voies ; la plus ordinaire est celle de l'absorption cutanée, avec ou sans solution de continuité des téguments. Thomassin rapporte l'histoire d'une femme qui pansait son mari : elle s'essuya le visage avec ses doigts imprégnés de la sérosité âcre qui suintait de l'aréole vésiculaire ; elle s'aperçut, deux

heures après, à la joue, d'une petite tumeur qui fit bientôt des progrès effrayants.

On ne peut pas manger impunément la chair des animaux morts du charbon; elle peut produire la pustule maligne, des taches gangréneuses à la peau, des inflammations violentes de l'estomac; les observations de Morand et de Thomassin sembleraient prouver le contraire, mais elles ne sont rien moins que concluantes.

La respiration est encore une voie par laquelle le principe de la pustule maligne peut être introduit dans l'économie animale; on a vu des individus chez lesquels la maladie se développait pour avoir respiré l'odeur de matières noires et fétides rendues par un malade affecté de charbon.

La pustule maligne peut-elle se développer spontanément? c'est l'opinion de quelques auteurs. Il est difficile d'avoir des idées bien arrêtées sur ce point, car on ne peut pas savoir si le malade n'a pas porté des tissus fabriqués avec les dépouilles ayant appartenu à des animaux affectés de charbon.

Le virus du charbon est-il le même que celui de la pustule maligne? Des auteurs répondent par la négative; je ne veux pas discuter les raisonnements sur lesquels ils fondent leur opinion : je rappellerai seulement qu'ils ont avancé que la pustule maligne est produite chez l'homme par son contact avec des animaux morts de charbon. J'ai inoculé des chiens avec de l'ichor

provenant de l'une et de l'autre de ces maladies; j'ai produit indistinctement, tantôt le charbon, tantôt la pustule maligne.

D'après Énaux et Chaussier nous divisons la pustule maligne en quatre périodes : 1° la maladie est placée dans le corps muqueux de la peau; 2° elle affecte le chorion; 3° elle s'étend dans le tissu cellulaire sous-cutané; 4° elle se propage dans toute l'économie; de là, des symptômes généraux : faisons remarquer qu'elle peut commencer par ces derniers.

Première période : lorsque les molécules délétères qui doivent donner naissance à la pustule maligne sont appliquées sur la peau, elles traversent l'épiderme, s'insinuent dans le corps muqueux, s'y étendent et s'y délayent. Il est rare que le malade s'aperçoive du commencement du mal; ce n'est que par des observations réitérées que le praticien peut apprendre à saisir cette première période : il n'existe en effet encore ni rougeur, ni chaleur, ni tension de la peau; seulement une démangeaison incommode mais légère, un picotement vif mais passager, se font sentir; l'épiderme se détache, et forme une vésicule séreuse qui d'abord n'excède pas le volume d'un grain de millet; elle croît ensuite peu à peu et devient brunâtre. La démangeaison revient et disparaît alternativement : toujours dans la plus parfaite sécurité, le malade se gratte et rompt la petite phlyctène, sans l'apercevoir; il s'en échappe une ou deux gouttes de sérosité roussâtre, brunâtre, ou

noirâtre : alors la démangeaison cesse pendant quelques heures.

Cette première période est caractérisée par la démangeaison, la formation de la vésicule, et par l'écoulement du fluide brunâtre.

Deuxième période : il se forme d'abord un petit tubercule dur, rénitent, incolore ; il existe sur la peau une tache superficielle : le praticien attentif et expérimenté ne s'y trompe pas comme le vulgaire; le toucher lui fait reconnaître dans l'épaisseur du chorion, une petite tumeur mobile, dure, circonscrite, aplatie, ayant ordinairement le volume et la forme d'une lentille. Sous la vésicule ouverte, et dans son centre, la peau est ordinairement citronnée ou livide : les démangeaisons reviennent, elles sont plus vives, plus fréquentes, plus incommodes; il s'y joint un sentiment de chaleur, d'érosion, de cuisson ; alors le tissu de la peau s'engorge ; sa surface paraît tendue et luisante ; le corps muqueux se gonfle et forme autour du point central une seconde tumeur molle , plus superficielle, que l'on nomme aréole. C'est un cercle plus ou moins large et saillant, tantôt pâle, tantôt rougeâtre ou livide, tantôt orangé ou nuancé de différentes couleurs; il est parsemé de petites phlyctènes d'abord isolées, et se réunissant ensuite; une matière noirâtre et acrimonieuse les remplit; c'est alors que les malades eux-mêmes demandent des secours. Le tubercule central, que forme la tumeur primitive, devient plus dur et partout gangré-

neux; il prend tout à coup un nouvel accroissement.

Cette seconde période est caractérisée par le tubercule, l'aréole vésiculaire et la plus grande fréquence des démangeaisons.

Troisième période : le mal ne se borne pas à l'épaisseur de la peau, il pénètre peu à peu dans le tissu cellulaire; sa marche est alors alarmante et rapide; d'abord le centre de la tumeur devient encore plus dur, plus profond et entièrement noir; l'escarre s'étend peu à peu, l'aréole vésiculaire qui la borde annonce et précède les progrès de la mortification des tissus. On voit cette aréole s'avancer, s'élargir par degrés; quelquefois elle s'élève beaucoup et forme, autour du noyau primitif de la maladie, une sorte de bourrelet qui rend sa dépression encore plus marquée.

Il survient un gonflement considérable qui occupe souvent une grande étendue et qui offre toujours un caractère particulier qu'il est important de bien saisir : il n'est ni inflammatoire ni œdémateux, il tient du météorisme; le tissu cellulaire paraît distendu par l'air et par des humeurs visqueuses : la surface des téguments est luisante, l'enflure élastique, rénitente; le malade, après avoir ressenti une chaleur âcre, une douleur cuisante, n'éprouve plus qu'un sentiment de stupeur, d'étranglement et de pesanteur dans la partie; la tumeur primitive est un foyer d'infection qui se propage peu à peu et se répand dans tous les sens; le centre de la maladie est entièrement frappé de mort; les parties envi-

ronnantes paraissent encore saines et cependant elles sont déjà dans un état prochain de mortification qui bientôt s'étendra au loin.

Cette troisième période est caractérisée par l'accroissement de tous les accidents locaux, et surtout par la tension et par l'enflure élastique et rénitente de la partie.

Quatrième période : après avoir attaqué successivement le corps muqueux, le chorion de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, l'altération morbide, si rien n'arrête son cours, va retentir sur les organes internes; l'on voit paraître alors tous les accidents qui démontrent une affection profonde du principe vital. Le pouls se concentre, devient petit; il est souvent inégal et fréquent. La peau est sèche, la langue aride et brunâtre; la chaleur paraît modérée et cependant le malade sent un feu intérieur qui le dévore; rien ne peut calmer sa soif; il est dans un état d'accablement et d'affaissement marqués; il éprouve des faiblesses, des cardialgies, des anxiétés continuelles; quelquefois il se plaint de douleurs aiguës; d'autres fois la respiration est courte, entrecoupée par des sanglots et des soupirs; les urines sont rares, épaisses, fréquentes ou nulles; on voit rarement survenir des diarrhées, des sueurs colliquatives, des hémorrhagies. Si la maladie parvient à son dernier terme, la raison s'égare, un délire obscur survient, tous les accidents locaux augmentent d'intensité, l'enflure devient énorme, la gangrène s'étend très-profon-

dément, il semble que toute l'économie animale soit en décomposition, le malade succombe, il répand autour de lui l'odeur la plus fétide.

La pustule maligne présente dans sa marche un grand nombre de variétés : la première période dure ordinairement vingt-quatre ou quarante-huit heures; d'autres fois elle est infiniment plus courte.

La seconde période se fait observer pendant deux, trois et même quatre jours; dans d'autres cas, elle est terminée en quelques heures.

Souvent on peut suivre la troisième période durant quatre jours, chez les sujets robustes dont le traitement méthodique a été entrepris de bonne heure; il est des circonstances dans lesquelles elle est très-courte.

Lorsque la pustule maligne s'arrête dans sa marche, quand elle rétrograde, le pouls se développe; il existe quelquefois un mouvement fébrile salutaire assez prononcé · une chaleur halitueuse se manifeste sur la peau, des sueurs critiques abondantes peuvent avoir lieu. L'enflure perd peu à peu l'état de météorisme et d'emphysème qui la caractérise; l'aréole vésiculaire s'anime; on y reconnaît les symptômes de l'inflammation vraie, le malade y ressent une chaleur douce et des pulsations réitérées; la gangrène se borne et un cercle rouge borde la tumeur; il s'établit une suppuration abondante qui dégorge le tissu cellulaire, détache l'escarre et termine ainsi la maladie; mais chez les sujets faibles, cacochymes, lorsque les forces de la nature sont insuffi-

santes ou quand le traitement échoue, la pustule maligne fait rapidement des progrès et passe presque aussitôt à la quatrième période.

Dans certains cas, les quatre périodes de la maladie se suivent avec une rapidité telle qu'elles se confondent pour ainsi dire; elles peuvent produire la mort en vingt-quatre heures.

Si la pustule maligne siége sur les paupières, elle peut les détruire entièrement et l'œil se trouve ainsi sacrifié. Elle occasionne souvent au cou une tuméfaction profonde qui s'oppose à l'accès de l'air dans les poumons, au cours des aliments dans l'ésophage; la gangrène détruit quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'abdomen ou de la poitrine et pénètre sur les organes renfermés dans ces grandes cavités.

On dit que la pustule maligne est plus dangereuse pendant les températures très-froides et très-humides. L'hôpital de la Pitié est voisin d'un grand nombre d'établissements dans lesquels on s'occupe de la confection des cuirs; nous avons aussi, près de nous, plusieurs manufactures où l'on travaille la laine; j'ai vu souvent venir de ces établissements des malades affectés de charbon ou de pustule maligne; le froid était quelquefois très-rigoureux; je n'ai pas observé que toutes choses égales d'ailleurs, le mal résistât davantage à nos moyens : plus tôt on l'attaque, plus facilement il cède.

On a avancé avec raison que, chez les femmes enceintes, la maladie offrait de très-grands dangers. Sui-

vant l'état des forces, suivant l'idiosyncrasie, le pronostic de la maladie qui nous occupe présente beaucoup de variétés.

Occupons-nous du traitement de la pustule maligne : il se divise en interne et en externe ; mais, avant tout, établissons aussi des distinctions qui serviront de bases solides à notre thérapeutique : sans ces distinctions, nous tomberions dans l'aveugle empirisme si commun de nos jours.

Pour soutenir ou relever les forces, pour diminuer l'action du principe septique de la maladie, les toniques, les excitants doivent être mis en usage dès le début de la pustule maligne. On attendrait à tort le développement des phénomènes morbides généraux ; car alors il serait peut-être trop tard, ou bien encore les médicaments réussiraient moins facilement ; il est cependant des malades chez lesquels la langue est sèche et rouge, le ventre tendu et très-douloureux ; non-seulement ici les toniques ne seront pas digérés, mais encore ils produiront sur le canal intestinal une irritation fort dangereuse : il faut renoncer à leur emploi et se retrancher sur les tisanes acidulées. S'il existe un embarras gastrique, l'ipécacuanha est souvent très-avantageux ; dans les cas où l'état de l'estomac que nous venons d'indiquer s'étend au canal intestinal, les laxatifs sont très-utiles : les symptômes généraux de la fièvre typhoïde ressemblent singulièrement à ceux que produit la pustule maligne ; on connaît les brillants succès

que M. Delaroque a obtenus contre cette fièvre en employant ce moyen ; je l'ai vu produire d'excellents effets à l'hopital de la Pitié.

Il serait inutile de dire que le quinquina tantôt seul, tantôt associé au camphre, que le poligala et la serpentaire de Virginie sont les toniques auxquels ordinairement on donne la préférence : on insiste d'autant plus sur ces moyens que les malades sont d'une constitution plus faible et que la pustule maligne est plus grave. On administre jusqu'à vingt-cinq ou trente décigrammes (cinquante ou soixante grains) de sulfate de quinine par jour ; cette dose peut même être portée plus loin; quelques praticiens ont conseillé l'ammoniaque liquide à l'intérieur ; on peut en obtenir de très-bons effets : on l'administre dans une légère infusion de véronique, de scabieuse ou de sureau.

La saignée doit être à tout jamais proscrite ; elle diminuerait les forces que la nature oppose au principe essentiellement septique que nous avons à combattre. J'ai vu mettre en usage, une seule fois, ce moyen sur un jeune homme d'une forte constitution, chez lequel la maladie était à sa première période, sans symptômes généraux ; les morsures des sangsues avaient à peine cessé de fournir du sang qu'ils se manifestèrent avec une effroyable intensité ; le malade succomba le lendemain.

Boyer rapporte que, sur cinq personnes affectées de pustule maligne, deux furent saignées et périrent, tandis

que les trois autres, traitées par la méthode ordinaire, guérirent.

Afin de concentrer le principe septique de la pustule maligne sur le point où il siége, afin de faire naître autour de lui un cercle inflammatoire qui lui oppose une barrière insurmontable, afin de l'enchaîner et de le neutraliser, on pratique la cautérisation sur l'escarre incisée et sur les tissus qui l'environnent à une petite distance; elle échoue dans un grand nombre de cas, surtout lorsque la maladie est parvenue à un certain degré de développement; la réaction qu'elle détermine n'est pas assez forte pour atteindre le but que nous venons d'indiquer : les parties molles qui siégent autour de l'escarre ne sont pas encore, il est vrai, frappées de mort; mais la vie est presque éteinte sur les unes, sur les autres elle est beaucoup affaiblie; souvent il est difficile et même impossible de lui donner l'énergie nécessaire pour arrêter les progrès du virus. Ces idées m'avaient souvent frappé, pendant que je déplorais la perte douloureuse que j'avais faite de beaucoup de mes malades amenés assez tard à l'hôpital de la Pitié.

Après avoir cautérisé, comme on le conseille, j'imaginai de porter la cautérisation, suivant la gravité des cas, à six, neuf, douze centimètres (deux, trois, quatre pouces), et même davantage, autour de l'escarre. Je conseillai d'employer le cautère actuel avec lequel on déterminerait une brûlure du second degré; j'espérais qu'en pratiquant ainsi la cautérisation transcur-

rente, dans une grande étendue, elle serait plus efficace : elle agit en effet sur une plus large surface, elle détermine une plus forte irritation; j'espérais qu'en cautérisant loin de la maladie, le feu exciterait d'autant plus les parties molles, qu'elles auraient été davantage épargnées par le principe septique de la pustule maligne, et qu'elles seraient douées d'une plus grande énergie vitale. Un succès complet couronna mes espérances, sur le malade chez lequel je fis le premier essai de l'application de mes idées; il portait cependant sur la face une large pustule maligne : l'espèce d'emphysème, de météorisme, d'enflure, en quelque sorte élastique qui l'entourait, s'étendait à la région antérieure du cou, et jusque sur la partie supérieure de la poitrine; les symptômes généraux étaient déjà assez développés; il existait un commencement de délire. J'ai montré publiquement, à l'hôpital de la Pitié, beaucoup de sujets sur lesquels j'ai obtenu des résultats aussi heureux. Mes élèves en ont publié plusieurs dans les journaux de médecine. Ces principes s'appliquent à toutes les plaies envenimées. Après la cautérisation actuelle, les pansements seront faits avec des topiques excitants.

Quelque importantes que puissent nous paraître les données que nous venons d'établir, nous n'avons la prétention de les imposer à personne; nous allons donc, comme si elles étaient non-avenues, continuer à nous occuper de la thérapeutique de la pustule maligne.

Un grand nombre de praticiens donnent la préférence en général au cautère potentiel ; ils pensent qu'il est moins effrayant, qu'il agit plus profondément. La première de ces propositions est vraie, il est même des sujets qui ne veulent pas consentir à l'application du feu. Mais avec le fer rouge on produira autant d'irritation qu'avec les caustiques, et quand on prolongera la cautérisation, et qu'on la multipliera, la désorganisation des tissus, occasionnée par le calorique, pénétrera à la profondeur exigée par la maladie. Or, abstraction faite des individus trop timides pour permettre l'usage du cautère actuel, nous donnons la préférence à ce moyen. Quand on l'emploie on connaît mieux l'étendue des escarres qu'il produit; il est d'ailleurs conseillé par tous les chirurgiens, lorsque la pustule maligne siége sur les paupières, les joues, les lèvres, les parties antérieures et latérales du cou, les parois de la poitrine, de l'abdomen, les organes de la génération chez l'homme, le trajet des vaisseaux d'un grand calibre, des nerfs volumineux, et les articulations recouvertes par des parties molles peu épaisses.

Veut-on employer les caustiques, leur application est soumise aux règles suivantes.

Dans la première période de la maladie on coupe la vésicule, on essuie pour enlever la sérosité; on a soin de ne pas la toucher avec les doigts dans la crainte de l'infection; on place sur le centre du mal un morceau de potasse caustique, on l'assujettit avec du

diachylon, ou bien le chirurgien roule entre ses doigts un peu de charpie, et en fait un petit tampon serré du volume d'un pois; il l'imbibe d'un caustique liquide, tel que le beurre d'antimoine, et le maintient en l'entourant de charpie, d'une compresse et d'un bandage approprié.

Lorsqu'on juge que le caustique a produit son effet, c'est ordinairement après cinq ou six heures, on lève l'appareil : on trouve une escarre dure et sèche; elle doit s'étendre à toute l'épaisseur de la peau. On panse avec un plumasseau enduit d'un digestif animé; quelques heures après qu'il a été mis, il faut voir ce qui se passe sous cet appareil. S'il n'y a point de dureté, point d'aréole vésiculaire, si le malade n'éprouve qu'une douleur légère sans chaleur âcre, si un cercle inflammatoire est formé, on a la certitude que le caustique a compris toute l'étendue du mal et qu'il suffit pour en arrêter les progrès ; alors on continue le même pansement jusqu'à la chute de l'escarre, qui se fait ordinairement du cinquième au huitième jour. Pour hâter la cicatrisation on panse avec de la charpie sèche, et quelquefois trempée, suivant l'indication, dans une légère solution d'alun ou dans de l'eau de chaux, ou bien encore dans quelque eau vulnéraire ou spiritueuse.

Si, après l'application du caustique, on voyait se former autour de l'escarre une tumeur dure, s'il s'élevait une aréole vésiculaire, s'il survenait de la tuméfaction constituant l'espèce d'enflure élastique dont nous avons

parlé, il faudrait recourir à un nouveau cautère. Mais il existe une escarre, il faut l'inciser crucialement; quelquefois même on l'enlève avec la précaution de ménager les parties vivantes qui pourraient fournir un écoulement de sang dangereux, et qui, entamées, permettraient aussi peut-être au virus de s'étendre avec plus de facilité.

Le pansement est le même que celui indiqué plus haut; seulement, pour exciter encore les tissus, on emploie le collyre de Lanfran; on peut le remplacer par une légère solution de sel marin animé avec un peu d'eau-de-vie. La poudre de quinquina est souvent très-utile. Nous rejetons les cataplasmes faits avec les plantes aromatiques; la pression lente qu'ils exercent sur les parties molles douées d'une très-faible vitalité est dangereuse.

Le traitement local tel que nous venons de l'exposer convient dans la seconde, et même au commencement de la troisième période de la maladie; si l'on est appelé à la fin de celle-ci, s'il existe une tuméfaction considérable, il faut proscrire les émollients et les médicaments onctueux et relâchants; ils auraient l'inconvénient de favoriser les progrès de la gangrène. On doit employer surtout ici les résolutifs, les aromatiques aiguisés avec quelque substance saline ou spiritueuse; ainsi les décoctions de fleurs de sureau, d'hypericum, etc., auxquelles on ajoutera un sel neutre et de l'eau-de-vie, conviennent. Le camphre, le quinquina sont à juste titre beaucoup recommandés.

Dans la quatrième période, les escarres sont ordinairement molles; elles contiennent une assez grande quantité de liquide qui peut neutraliser l'action du beurre d'antimoine, auquel on préfère alors le nitrate d'argent fondu ou le cautère actuel, qui, suivant nous, nous le répétons, est beaucoup plus avantageux. On panse surtout dans cette période avec les excitants, les toniques et les aromatiques dont nous avons parlé. Dans la crainte de favoriser les progrès de la gangrène, on emploie des appareils légers; on les serre le moins possible. On matelasse avec de la charpie, ou avec tout autre tissu de ce genre, les points sur lesquels a lieu le décubitus des parties malades, afin de diminuer sur eux les effets désavantageux de la pression lente longtemps continuée.

De tous les moyens propres à favoriser l'action des cautères, le chlorure d'oxyde de sodium dont on imbibe une masse épaisse de charpie, est sans contredit le plus avantageux : on l'emploie à dix ou quinze degrés, et même davantage. Je l'ai vu produire les plus heureux effets à l'hôpital de la Pitié. On a soin de faire arroser l'appareil avec ce médicament au moins toutes les heures. Dans la quatrième période de la pustule maligne, on renouvelle la cautérisation si besoin est, comme dans les autres.

Pour faciliter la chute des escarres, on continue l'usage des médicaments excitants, toniques et anti-septiques, parmi lesquels le chlorure d'oxyde de sodium, ordinai-

rement à trois degrés (bertholimètre de Decroizilles), tient encore le premier rang.

Lorsque les escarres sont tombées, le cachet de faiblesse que la gangrène a imprimé aux tissus qui l'environnaient persiste; les ulcères ainsi frappés d'atonie languissent; les bourgeons charnus qui se développent à leur surface sont blafards, mollasses, et, toutes choses égales d'ailleurs, ces ulcères se cicatrisent avec beaucoup plus de lenteur que dans les circonstances ordinaires. On panse d'abord avec de la charpie sèche qu'on imbibe ensuite de vin aromatique; plus tard, quand la cicatrice commence à se former, on a recours au chlorure de sodium à trois degrés, qui la fait marcher avec plus de rapidité.

Lorsque la pustule maligne est précédée par les symptômes généraux que nous avons indiqués, il n'est pas possible, avant son apparition, d'en établir le diagnostic; mais s'il existe une épidémie charbonneuse chez les animaux, si le malade a été en rapport avec eux, il faut se tenir sur ses gardes; et dans le cas où il semble qu'une phlegmasie siége sur le canal intestinal, on doit s'abstenir des évacuations sanguines dont nous avons signalé les funestes effets, jusqu'au moment où l'on a acquis la certitude que la maladie dont nous nous occupons ne se développera pas.

Quand la pustule maligne est dans sa première période, qu'il n'existe pas de fièvre, que le canal intestinal est en bon état, il faut nourrir le malade pour en-

tretenir ses forces : le régime peut devenir plus tard celui des maladies graves.

La pustule maligne étant presque toujours produite par le contact immédiat des animaux affectés de charbon, il serait inutile d'indiquer les précautions nécessaires pour s'en garantir. Le chirurgien évitera surtout l'ichor produit par la maladie ; après le pansement il lavera ses mains avec de l'eau de savon, ou avec un mélange d'eau et de vinaigre ; le lait de chaux, une lessive de cendres, ou mieux encore le chlorure d'oxyde de sodium ou de calcium, sont aussi très-avantageux ; non-seulement ces lotions délayent, neutralisent ou entraînent le virus, mais encore elles donnent du ton à la peau et la rendent plus propre à résister à l'introduction du principe contagieux.

N'omettons pas de rappeler que si la pustule maligne a été cautérisée avec le feu, les pansements seront les mêmes que si on a mis en usage le cautère potentiel.

Pour nous, le traitement de la pustule maligne est applicable au charbon.

LEVÉE DU PREMIER APPAREIL

APPLIQUÉ SUR LES PLAIES

QUI NE SUPPURENT PAS ENCORE.

Dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 18 juin 1840, n° 72, est reproduite une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, par M. Blandin, sur la levée du premier appareil après les opérations; ce chirurgien s'exprime en ces termes : « La levée du premier appareil, à la suite des grandes » opérations chirurgicales, se fait généralement, dans » les hôpitaux de Paris, à une époque qui varie entre » le quatrième et le cinquième jour, terme moyen. » Depuis nombre d'années nous avons vu M. Lisfranc, » à la Pitié, s'éloigner d'une semblable pratique et » lever le premier appareil le lendemain de l'opération. » La conduite de M. Lisfranc avait pour but d'éviter » aux opérés, les douleurs qu'occasionne trop fréquem» ment la levée de l'appareil, au bout du temps clas» sique lorsque, ainsi que cela arrive bien souvent, » les pièces de l'appareil adhèrent à la plaie et n'en ont

» pas été entièrement détachées par la suppuration.
» Telle est du moins la raison que M. Lisfranc donnait
» de sa manière d'agir, en 1833. Nous ignorons s'il
» professe encore la même doctrine à cet égard. Au
» reste, M. Lisfranc n'avait concilié cette réforme avec
» aucun des moyens qui peuvent favoriser la réunion
» des plaies récentes par première intention, et c'est
» en cela principalement, exclusivement même, que sa
» méthode diffère de celle de M. Blandin, etc. »

M. Blandin expose ensuite les autres avantages de la levée du premier appareil le lendemain de l'opération; il croit les avoir découverts. On trouvera ma réponse à de pareilles allégations dans les trois documents qui suivent.

« 1° Proposition première. Après toute opération
» chirurgicale dans laquelle on n'aura pas à craindre
» beaucoup le contact de l'air, il est important, comme
» le fait M. Lisfranc, de ne laisser le premier appareil
» que vingt-quatre heures.

» Le précepte que j'émets ici était suivi des anciens;
» mais c'était avec la plus grande peine qu'ils parve-
» naient à détacher les pièces d'appareil, le lendemain
» d'une opération, les compresses et la charpie étant
» fortement collées aux lèvres de la plaie, par le sang
» et les premières exsudations plastiques; aussi fallait-il,
» quelque soin que l'on prît, exercer des tiraillements,
» des déchirures, causer des hémorrhagies, des irrita-
» tions qui par la suite donnaient lieu à des érysipèles

» ou à des inflammations encore plus graves. Les dou-
» leurs que l'on produisait dans presque tous les cas,
» étaient si vives, et les malades les craignaient tant,
» que la levée du premier appareil, en quelque sorte,
» est encore de nos jours, parmi le vulgaire, plus
» redoutée que l'opération elle-même. Pour obvier à
» ces grands désavantages, les chirurgiens modernes
» attendent que la suppuration formée au troisième ou
» quatrième jour chasse les pièces d'appareil. Alors, il
» est vrai, tout s'enlève avec la plus grande facilité;
» mais n'a-t-on rien à craindre pendant tout le temps
» que cette suppuration met à se former? oui, sans
» doute, et l'on doit s'attendre le plus souvent à des
» étranglements, des irritations, des inflammations,
» des fusées purulentes, surtout dans les amputations,
» et plus particulièrement encore dans celles que l'on
» pratique dans les articulations, et à la suite desquelles
» on trouve si fréquemment, à la levée du premier
» appareil, des traînées de pus dans les gaînes des ten-
» dons.

» Pour suivre le précepte donné et pour éviter les
» accidents produits par la levée du premier appareil,
» le lendemain de l'opération, et n'avoir rien à redouter
» de ceux occasionnés par son séjour, jusqu'à l'époque
» de la sécrétion du pus, M. Lisfranc, au premier pan-
» sement ainsi qu'aux pansements suivants, couvre la
» totalité de la solution de continuité (réunie par pre-
» mière intention ou non), d'une grande compresse

» fenêtrée, enduite de cérat, et qui excède de toutes » parts les lèvres de la plaie au moins de deux pouces: » par ce moyen tout s'enlève dès qu'on le veut, avec la » plus grande facilité et sans la moindre douleur pour » le malade. » (*Dissertation sur diverses propositions de chirurgie.* Thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 5 juin 1826, par Philippe Ricord.)

2° « Le lecteur vient de voir que M. Lisfranc lève le » premier appareil le lendemain de l'opération; il ap- » plique cette méthode à toutes les solutions de conti- » nuité. Les anciens la suivaient, mais ils pansaient » d'une autre manière : ils produisaient des douleurs » atroces, et les chirurgiens modernes y avaient re- » noncé. Aujourd'hui qu'il est bien constaté qu'à l'aide » des compresses fenêtrées enduites de cérat, et dispo- » sées comme on l'a vu ci-dessus, la levée du premier » appareil, le lendemain de l'opération, n'est nulle- » ment douloureuse, il est évident qu'on doit y recou- » rir, puisqu'elle a l'avantage :

» 1° De ne pas laisser séjourner à la surface de la so- » lution de continuité des pièces d'appareil dures, très- » résistantes, qui, imperméables au pus, le font sé- » journer à la surface de la plaie et donnent lieu à des » fusées purulentes trop souvent mortelles;

» 2° De permettre de faire abstraction des bande- » lettes agglutinatives qui deviennent trop contentives, » et qui aggravent singulièrement une inflammation

» commençante. Il suffit quelquefois, comme nous l'a-» vons vu à l'hôpital de la Pitié, de panser à plat, » comme le disait Lamothe, de remplacer les emplâ-» tres agglutinatifs par un cataplasme émollient, pour » qu'une imminence d'inflammation violente dispa-» raisse en vingt-quatre heures;

» 3° D'attaquer dans son principe un érysipèle ou un » phlegmon érysipélateux, qu'on fait presque toujours » immédiatement avorter par des évacuations san-» guines locales, tandis qu'il aurait presque constam-» ment résisté aux mêmes moyens, et qu'il aurait déjà » produit une réaction fâcheuse sur les viscères de l'ab-» domen, si en levant le premier appareil vers le qua-» trième ou cinquième jour, on ne l'avait reconnu et » combattu qu'à cette époque où la phlegmasie, très-» avancée est aussi très-rebelle. » (*Mémoire sur des amputations pratiquées dans des tissus lardacés, revenus à l'état normal à la suite de l'opération. — Clinique de la Pitié*, par M. E. Margot.) (Extrait de la *Revue médicale*, janvier 1827.)

3° *Sur la levée des premiers appareils après les opérations*. « Les chirurgiens ont l'habitude quand ils » ont appliqué un appareil sur une plaie récente, de ne » renouveler cet appareil que le troisième, le qua-» trième ou le cinquième jour, époque où la suppuration » est déjà formée. Le faire plus tôt, en effet, détermine-» rait de très-vives souffrances au malade à cause de » l'adhérence des pièces de l'appareil aux bords de la plaie.

» Cependant ce pansement tardif offre de graves in-
» convénients : les linges et la charpie qui recouvrent
» la plaie durcissent comme du carton, après s'être
» pénétrés de sang, et ils exercent sur les solutions de
» continuité une action mécanique irritante; le pus, qui
» ne peut pas suinter à travers les pièces de l'appareil,
» à cause de leur dureté, se dénature et creuse dans
» l'épaisseur des moignons, après les amputations, des
» foyers qui s'enflamment et amènent des accidents sé-
» rieux. De plus, il se développe souvent autour des
» plaies, des inflammations, des érysipèles, qu'il est
» urgent de surveiller et de combattre aussitôt. Com-
» bien de fois n'arrive-t-il pas que le lendemain d'une
» opération les malades se plaignent; on croit que l'ap-
» pareil est trop serré; l'on coupe les bandes et l'on at-
» tend quatre ou cinq jours encore pour mettre la plaie
» à nu; que trouve-t-on? une inflammation qu'on
» aurait pu arrêter facilement et qui alors est grave et
» peut compromettre le succès de l'opération.

» Tous ces inconvénients étant majeurs, pour les
» faire disparaître il fallait pouvoir enlever le premier
» appareil le lendemain de l'opération, et cela sans cau-
» ser de douleur au malade. M. Lisfranc y est parvenu
» par le simple pansement suivant, qu'il a adopté ex-
» clusivement : une compresse fenêtrée, dépassant de
» trois à quatre pouces les bords de la solution de con-
» tinuité, est enduite de cérat jaune qui se dessèche
» beaucoup moins que le cérat blanc; elle est appliquée

» sur la plaie et par-dessus elle les plumasseaux de » charpie, les compresses, etc. Le lendemain, au lieu » d'enlever pièce par pièce l'appareil, comme on le fait » communément, on soulève les angles d'un des côtés » de la compresse fenêtrée, et avec les deux mains on » enlève en un seul temps tout ce qui recouvre la plaie. » De cette manière il n'y a jamais aucune douleur; l'on » voit ainsi l'état des parties, l'action fâcheuse chimique » ou mécanique du pus n'a point lieu, et l'on peut sur- » veiller et combattre les accidents.

» C'est une idée très-simple; mais ce sont précisé- » ment celles-là qui viennent le plus tard à l'esprit. Du » reste, il s'agit ici d'un perfectionnement d'autant plus » important pour le praticien, que l'occasion de le mettre » en usage se présente tous les jours. » (*Bulletin de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, neuvième livraison, 15 novembre 1837.)

Si, comme personne n'en doute, 1826, 1827 et 1837 sont antérieurs à 1840, la question de priorité entre M. Blandin et moi est décidée en ma faveur. Mais je suis d'ailleurs très-malheureux lorsque M. Blandin veut bien s'occuper de mes travaux. Dans un Mémoire lu à l'une des séances annuelles de la Société anatomique, et dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique* en quinze volumes, il me fait avancer gratuitement des erreurs qu'il a ensuite la bonté de blâmer; nous y reviendrons plus tard en citant encore des textes. Et l'on ose dire, après des faits de ce genre, que j'ai

tort de m'élever avec énergie contre de pareils abus !

Mes idées sur la levée du premier appareil après les opérations, ayant été exposées dans les textes que j'ai cités, il serait superflu de nous en occuper davantage ; ajoutons seulement que l'on doit recouvrir la compresse fenêtrée d'une épaisse couche de cérat ; que nous n'avons pas discontinué de suivre la même pratique, et que journellement encore l'expérience la sanctionne.

DE L'ENTORSE.

L'entorse est un tiraillement plus ou moins violent des ligaments et des parties molles qui entourent une articulation : ce tiraillement peut être porté au point de produire des déchirures ; il existe tantôt avec des ecchymoses, tantôt avec des bosses sanguines, et quelquefois avec un diastasis.

Les articulations ginglymoïdales sont plus exposées à l'entorse : on y trouve en effet des ligaments plus nombreux et plus forts, qui résistent davantage aux violences extérieures, empêchent souvent les luxations, et deviennent ainsi, par les tractions et les torsions auxquelles ils sont soumis, le siége de la maladie qui nous occupe. Les jointures orbiculaires présentent des dispo-

sitions anatomiques différentes ; leurs mouvements sont plus variés et beaucoup plus étendus ; leurs surfaces articulaires sont moins larges et moins convenablement disposées ; aussi les luxations y sont communes et les entorses y sont assez rares : presque toujours légères, souvent elles fixent peu l'attention du chirurgien ; cependant, j'ai vu des malades chez lesquels, à la suite de tiraillements produits sur l'articulation scapulo-humérale, une ankylose vraie s'est développée. Les douleurs occasionnées par l'accident avaient été faibles, aucune tuméfaction ne s'était montrée sur l'article : ces faits suffisent pour qu'on se tienne alors en garde contre la soudure des os.

L'entorse est plus fréquente sur les articulations tibio-fémorale, tibio-tarsienne, radio-carpienne et cubito-humérale.

L'entorse de l'articulation tibio-tarsienne est produite par le renversement brusque du pied en avant ou en arrière, en dehors ou en dedans ; en général, elle est plus grave dans ce dernier mouvement : le poids du corps se portant en dehors, ne trouve de ce côté rien qui le soutienne ; tandis que, quand il se porte en dedans, il rencontre un point d'appui sur le membre abdominal voisin.

L'entorse est facile à reconnaître ; on a d'abord recours au commémoratif. Le malade éprouve des douleurs très-violentes ; la torsion exercée sur les ligaments suffirait seule pour les produire, d'après les belles expé-

riences de Dupuytren ; mais les autres parties molles qui entourent l'article ont aussi été tiraillées d'un côté et comprimées de l'autre ; elles sont peut-être encore plus ou moins lacérées : de là une nouvelle source de souffrance, d'irritation et d'inflammation trop souvent violentes. L'articulation se tuméfie avec beaucoup de rapidité; presque toujours la peau est bleue ou noire dans une plus ou moins grande étendue; la caloricité est beaucoup augmentée sur le siége de la maladie. Quelquefois le sang est seulement infiltré dans les tissus; dans d'autres circonstances il y forme des collections qui constituent de véritables bosses sanguines; je l'ai vu s'épancher dans l'articulation elle-même, où il se forme d'ailleurs quelquefois avec beaucoup de rapidité une hydropisie. Des déchirures peuvent s'être faites jusque sur la peau; dans quelques cas, heureusement assez rares, le tibia et le péroné, le radius et le cubitus sont disjoints. On se livre aux moyens d'investigation connus pour s'assurer s'il n'existe pas une fracture ou quelque déplacement des extrémités articulaires.

L'entorse est-elle légère, la douleur diminue peu à peu, l'engorgement se dissipe, l'ecchymose s'étend, jaunit et disparaît; les mouvements deviennent faciles et indolents; au bout de quelques jours, les malades sont guéris. Mais pour peu que la lésion articulaire ait été considérable, les accidents persistent si l'art ne vient pas au secours de la nature; l'œdème se montre autour des tissus qui s'indurent; un engorgement blanc est

bientôt formé : ce n'est alors qu'avec beaucoup de temps et de peines que la tuméfaction disparaît et que l'articulation se raffermit ; elle conserve, disent les auteurs, une faiblesse qui l'expose aux mêmes accidents : nous nous expliquerons sur ce point très-important de pathologie.

Le pronostic est d'autant plus grave que la distension et le déchirement des ligaments ou des parties molles ont été portés plus loin. Chez les scrofuleux, chez les sujets affectés de rhumatisme, de goutte, de maladies vénériennes, l'entorse offre beaucoup de gravité ; elle se termine fréquemment par une tumeur blanche qui peut survenir même chez les individus les mieux portants d'ailleurs.

On a conseillé de plonger le membre malade dans de l'eau de puits, et même dans de l'eau à la glace : on rejette l'usage de ce moyen chez les femmes qui ont leurs règles, chez les personnes qui ont la poitrine très-irritable et exposée au développement des tubercules pulmonaires. Lorsque l'entorse est bien développée, que l'inflammation est déjà très-violente, quelques bons praticiens rejettent l'emploi des réfrigérants, capables alors d'augmenter l'irritation et d'amener des accidents graves que j'ai eu quelquefois occasion d'observer lorsque, contre mon avis, on avait recours à ce moyen, qui convient parfaitement quand on est appelé peu de temps après l'événement. La vive impression produite par le froid resserre les tissus ; elle détermine dans les petits

vaisseaux une constriction qui ne leur permet pas de se gorger du sang que l'irritation y appelle. Le froid a encore l'avantage d'engourdir la sensibilité, de diminuer l'irritation elle-même, et d'empêcher ainsi, par cette double action, l'abord d'une trop grande abondance de liquide. Les réfrigérants doivent être employés pendant cinq ou six heures; on renouvelle l'eau froide à mesure qu'elle s'échauffe, afin que le membre malade soit soumis à la même température. L'application trop peu prolongée des réfrigérants serait nuisible; elle provoquerait une réaction qui attirerait les fluides sur le point malade, où l'irritation les appelle d'une manière si puissante.

Lorsqu'on retire la partie du bain froid, beaucoup de praticiens conseillent, pendant les douze premières heures environ, de la couvrir de compresses imbibées de liqueurs froides, astringentes, résolutives, telles que l'eau végéto-minérale, l'eau-de-vie dans laquelle on a fait dissoudre du camphre ou du sel ammoniac; on fomente continuellement l'entorse avec ces moyens : j'ai vu presque toujours la maladie augmenter sous leur influence; je les rejette avec les irrigations d'eau froide; je leur préfère les antiphlogistiques employés d'après les principes que nous établirons dans un instant; car il ne faut pas les mettre en usage trop tard. Les mêmes praticiens pensent que les cataplasmes émollients doivent être continués tant que la tension inflammatoire et la douleur subsistent : lorsque la résolution

de l'engorgement commence, ils associent les résolutifs aux émollients, et ils finissent par n'employer que les fondants. Ils soumettent le malade au repos absolu très-longtemps continué.

Suivant nous, aussitôt qu'on est appelé auprès d'un malade affecté d'entorse, que les réfrigérants aient été ou non employés, il faut insister beaucoup sur les évacuations sanguines qu'on pratique même pendant que le malade prend son bain local froid. On a la mauvaise habitude d'appliquer des sangsues; on les met souvent même sur les ecchymoses, où elles ont l'inconvénient d'exposer à la gangrène; d'ailleurs, quand nous combattons l'entorse, n'avons-nous pas deux indications à remplir? La première, c'est d'enlever l'inflammation ou de la diminuer le plus possible; la seconde, c'est de faciliter la résorption des fluides épanchés. Nous donnons la préférence à la phlébotomie; elle pourra tout aussi bien que les sangsues dissiper la phlegmasie : d'après les belles idées de M. Magendie, en agissant directement sur le système veineux, en diminuant beaucoup et brusquement le sang qu'il contient, les veines deviendront très-avides de liquide, surtout si le malade boit peu; de là une résorption prompte et très-facile, avantage que possèdent à un degré infiniment plus faible les évacuations sanguines locales, comme l'ont démontré les expériences sur les animaux et la pratique journalière sur l'homme.

La quantité de sang à extraire est en rapport avec la

manière dont le sujet supporte les évacuations sanguines : est-il d'une constitution ordinaire, on fait pratiquer au bras une saignée de trois cent soixante grammes (trois palettes); on revoit le malade le soir : si le pouls n'est pas trop déprimé, si la face est à peine décolorée, si les forces musculaires se soutiennent, si le système nerveux n'est pas beaucoup irrité, on pratique une seconde saignée; elle est de deux cent quarante grammes (deux palettes). Le lendemain, ou le surlendemain, suivant l'indication, le malade n'est-il pas faible, on revient encore à la phlébotomie; mais alors la saignée est de quatre-vingt-dix à cent vingt grammes (trois ou quatre onces); pour qu'elle soit révulsive, on la fait sur le point le plus éloigné possible du siége de la maladie, et, par cela même que la quantité de sang extraite est petite, on peut y revenir plus souvent, en prenant toujours en considération, nous ne saurions trop le répéter, la manière dont le sujet résiste aux évacuations sanguines : on sait qu'elles sont très-facilement tolérées, en général, quand il s'agit de lésions traumatiques.

Lorsqu'on retire le membre du bain froid, on applique un large cataplasme émollient.

A peine cinq ou six jours se sont-ils écoulés, que, sous lufl'iuence de ces moyens, la tuméfaction a ordinairement diminué; le sang épanché est en grande partie résorbé, la douleur est nulle ou presque nulle; l'engorgement est plutôt œdémateux qu'inflammatoire : alors on renonce aux cataplasmes émollients et aux évacua-

tions sanguines ; ils sont remplacés par la compression faite avec de l'agaric et des circulaires de bande : l'enflure diminue presque toujours avec une grande rapidité; on a soin de disposer les pièces d'appareil de telle sorte qu'elles s'appliquent exactement sur les enfoncements qui existent autour de l'article, condition sans laquelle, loin de la dissiper, on favoriserait la tuméfaction des tissus ; quinze ou vingt jours suffisent ordinairement, dans les cas même de violente entorse, pour que la jointure revienne à son volume normal ; ses mouvements sont faciles alors et seulement un peu douloureux ; le malade observe le repos encore une huitaine ; il se livre ensuite peu à peu à la marche, et bientôt son articulation reprend l'exercice libre et entier de ses fonctions, sans qu'il reste cette prétendue faiblesse qui donne lieu à si de fréquentes récidives.

La compression à l'aide de l'agarie n'agit quelquefois pas assez fortement pour dissiper le reste de la tuméfaction ; on l'établit alors avec des compresses graduées, imbibées d'un liquide résolutif. Nous avons admis plusieurs autres degrés de la compression, suivant les indications (V. le chapitre *Tumeurs blanches* de cet ouvrage).

Dans le diastasis, on a recours aux manœuvres nécessaires pour remettre en contact les surfaces articulaires qui se sont abandonnées : on les maintient avec un appareil convenable.

Mais on a répété jusqu'à satiété et l'on a répandu dans

le monde l'idée erronée, qu'à la suite de l'entorse, il restait dans l'articulation une faiblesse qui en gênait singulièrement les mouvements et qui exposait beaucoup à la récidive de la maladie. Comme de coutume, cette théorie a servi de base à la thérapeutique ; toujours alors les toniques, les excitants, ont été mis en usage; ils ont souvent produit beaucoup de mal. Sur quels fondements cette thérapeutique est-elle basée? Existe-t-il réellement de la faiblesse? Si l'on examine attentivement les choses, on demeure bientôt convaincu que le malade éprouve de la gêne, une augmentation de chaleur, souvent un peu de tuméfaction et même des douleurs, surtout s'il marche : est-ce là de la faiblesse? Pour admettre une pareille idée, il faut ne pas raisonner, ou bien être entaché de l'absurde système de Brown, qui a fait tant de victimes; car, suivant nous, la gêne des mouvements, unie à la tuméfaction, à l'augmentation de chaleur, à la douleur, est un signe certain de subinflammation que la thérapeutique et l'autopsie nous ont démontrée. J'ai traité l'état morbide dont nous nous occupons par les antiphlogistiques; ils ont souvent suffi seuls pour obtenir une guérison complète; d'autres fois, ils ont préparé la voie aux résolutifs et aux vésicants pour leur faire obtenir les mêmes résultats. J'ai vu plusieurs fois, à l'hôpital de la Pitié, des malades qui, depuis plus ou moins longtemps, étaient affectés de la prétendue faiblesse si commune à la suite des entorses; le traitement n'en avait pas été convenablement dirigé :

ces malades étaient venus nous demander des soins, les uns pour des ulcères atoniques à la jambe, les autres pour des ophthalmies, d'autres enfin pour des maladies des voies urinaires : des apoplexies, des péripneumonies en firent succomber quelques-uns; nous ne laissâmes pas échapper l'occasion d'ouvrir leurs articulations, et l'autopsie nous démontra, dans tous les cas, l'existence d'une subinflammation.

Nous traiterons ailleurs des tumeurs blanches que les entorses produisent si souvent, soit qu'elles agissent comme cause essentielle ou comme cause déterminante de cette grave maladie. Nous devons nous occuper des abcès dans cet ouvrage; c'est donc à dessein que nous avons omis de parler des fusées purulentes, auxquelles peuvent donner lieu les tiraillements, les déchirures des ligaments et des autres parties molles qui entourent les articulations.

Chez certains sujets, les épanchements sanguins, ou séro-sanguins qui compliquent les entorses, résistent à la phlébotomie, aux résolutifs et à la compression : les chirurgiens ont toujours trop négligé l'usage des diurétiques; répétons ici que, mis en usage contre l'hydrothorax, l'ascite, ils sont assez souvent couronnés de brillants succès : pourquoi ne réussiraient-ils pas, ou au moins ne seraient-ils pas de puissants auxiliaires, quand il s'agit des épanchements déterminés par l'entorse? Depuis plus de quinze ans (voy. *Revue Médicale*), je les emploie presque toujours pour atteindre ce but; l'expé-

rience m'a démontré leur efficacité. Il est des malades très-faibles sur lesquels les évacuations sanguines répétées auraient beaucoup d'inconvénients ; j'ai vu les diurétiques seuls agir très-avantageusement. Disons en passant qu'ils ont suffi quelquefois, à l'hôpital de la Pitié, pour faire disparaître des hydropisies articulaires récentes.

Redisons encore, que si l'état du canal intestinal ne s'y oppose pas, et que si le sujet n'est pas trop faible, les purgatifs sont des moyens puissants, de l'aveu des médecins, pour faire résorber les liquides épanchés dans la poitrine ou dans l'abdomen : ces moyens ne doivent pas être négligés dans le traitement des épanchements sanguins. J'ai observé qu'ils les dissipent souvent, même avec rapidité.

Abstraction faite des cas dans lesquels il existe diastasis, déchirure très-étendues des ligaments et des autres parties molles qui entourent les articulations, j'ai montré publiquement, à l'hôpital de la Pitié, qu'en quinze, vingt, ou trente jours les sujets affectés d'entorses en étaient radicalement guéris, par le traitement que j'ai adopté depuis longtemps ; j'ai dû beaucoup insister sur ces moyens thérapeutiques, parce que plus que personne je suis persuadé qu'en général les entorses sont fort mal soignées ; parce que je sais aussi que si malheureusement on a souvent trop abusé des évacuations sanguines, beaucoup de médecins sont aujourd'hui trop disposés à les rejeter. Enfin je voulais prouver

que les réfrigérants, les résolutifs, les vésicants et la compression ne devaient pas être empiriquement employés. En 1826, un de nos élèves a publié (*Archives générales de Médecine*, t. X, p. 349) nos idées thérapeutiques sur le sujet dont nous nous occupons : nous venons de les exposer en y apportant quelques modifications.

NOTE SUR LE FURONCLE

ET SUR LA CONCRÉTION

DE L'HUMEUR SÉBACÉE DE LA PEAU,

A LA SURFACE ET DANS L'ÉPAISSEUR DES TÉGUMENTS.

On n'a guère décrit qu'une seule variété du furoncle : c'est celle qui se montre sous l'aspect d'une tumeur assez volumineuse, dure, circonscrite, ayant la forme d'un cône, etc. La maladie ne commence pas toujours ainsi; elle débute souvent par un ou plusieurs boutons presque imperceptibles ; leur sommet est blanchâtre ; leur base, d'ailleurs très-étroite, constitue une induration

à peine palpable ; il existe un prurit incommode. Si la vésicule dont nous venons de parler n'est pas ouverte trop tôt, la matière qu'elle contient détache un très-petit bourbillon qui est porté à l'extérieur ; si au contraire cette vésicule est vidée avant sa maturité, on voit s'en écouler de la sérosité ; un peu de cuisson se fait sentir et bientôt tout semble avoir disparu. Mais au bout de deux ou trois jours un nouveau ou de nouveaux boutons, un peu plus volumineux que les précédents paraissent sur le même point ; ils déterminent les mêmes phénomènes, ils sont ouverts de la même manière une ou plusieurs autres fois ; alors, presque immédiatement après, ils offrent tous les symptômes du furoncle qui peut devenir très-gros.

Il est difficile que le furoncle puisse se résoudre sous l'influence des antiphlogistiques : mais siége-t-il au cou, est-il énorme, il gêne souvent beaucoup la déglutition et la respiration ; alors il n'est pas sans danger ; ces moyens ont l'avantage de diminuer les douleurs et l'engorgement ; quelquefois ils empêchent seulement la maladie de trop se développer.

On conseille, en général, de laisser suppurer le furoncle et de ne pas l'ouvrir ; mais, lorsqu'il siége près d'organes importants, tels que les paupières, le pourtour de l'anus, etc., et que la tumeur devient très-grosse, on s'expose, dans le premier cas, en l'abandonnant aux soins de la nature, à voir la peau se frapper de gangrène assez largement ; dans le second, à voir

survenir la dénudation du rectum, et de là une fistule à l'anus. Pour éviter ces graves inconvénients, j'incise la tumeur crucialement : la section doit commencer à un demi-millimètre (un quart de ligne) environ en deçà des limites du mal, et finir à la même distance du côté opposé. On panse comme dans l'anthrax benin soumis à la même opération.

S'agit-il de la seconde variété du furoncle, on évitera avec le plus grand soin la rupture de la petite vésicule, afin de donner à l'humeur qu'elle renferme le temps de cerner le bourbillon et de l'isoler. Pour la préserver des frottements du linge ou d'autres corps capables de la déchirer, on applique sur le bouton un morceau de diachylon gommé, de la largeur environ d'une pièce de deux francs; pendant six ou huit jours, on ne touchera pas à cet emplâtre; quand alors on l'enlèvera, le bourbillon aura été détaché par la matière purulente qui ne s'est pas écoulée trop tôt, il sortira et le malade sera guéri. J'emploie le même moyen dans tous les cas où les furoncles débutent superficiellement et sont encore très-petits.

L'humeur sécrétée par les follicules sébacés de la peau se concrète quelquefois dans l'épaisseur de cette membrane et à sa surface, d'où naissent sur le front, les joues, etc., un grand nombre de boutons dont la cause est essentiellement locale; circonstance importante que les médecins n'ont pas appréciée, puisqu'ils veulent guérir ces boutons avec des médicaments internes. Quand ils tiennent à la cause dont nous nous occupons, on les

évite, en débarrassant la peau de l'humeur sébacée concrétée qu'elle contient.

Lorsque cette humeur forme des points isolés noirs et rares sur la face, on les prend peu en considération; tout le monde connaît le moyen de les faire disparaître; mais il est des cas assez nombreux dans lesquels ces points sont confluents et forment sur le nez, sur le front, sur les pommettes, sur le menton des plaques brunes ou jaunâtres extrêmement désagréables.

Il est presque toujours impossible, quand ces sortes de plaques ont lieu, d'extraire, par des pressions exercées en sens opposé sur les téguments, l'humeur sébacée concrétée dans l'épaisseur de la peau; on applique, pendant la nuit, des cataplasmes de riz bien cuit dans l'eau de guimauve; ils sont entre deux linges fins; d'autres fois, on fait oindre la partie avec de l'huile d'amandes douces. Le premier avantage de ces moyens est de dissoudre la croute qui existe à la surface de la peau et de remédier à la difformité; le second est de rendre aux téguments leur souplesse, de diminuer l'irritation qui y siége, ainsi que dans les follicules sébacés, et de détruire la tendance qu'a la matière de leur sécrétion à se concréter. Ces moyens ne guérissent pas toujours, ils ne sont souvent que palliatifs; par cela même qu'ils ont amené la peau à de meilleures conditions, on leur fait succéder des applications de cérat légèrement soufré, des douches de vapeur simple ou aromatique, des douches simples et en arrosoir. Si la maladie résiste et

qu'elle constitue une espèce de masque trop désagréable à porter, on fait tomber les croûtes et l'on touche, avec le nitrate d'argent fondu, la surface sur laquelle elles siégeaient. Dans les cas plus graves encore, j'ai vu trois fois l'application d'un vésicatoire volant être suivie des plus heureux succès.

BRULURES.

Nous ne parlerons ici ni du siége, ni de l'étendue des brûlures, ce que nous pourrions en dire étant trop facile à concevoir.

La combustion spontanée est admise par les uns et rejetée par les autres. Vicq-d'Azir rapporte, dans l'*Encyclopédie méthodique*, l'observation d'une femme qui avait coutume de prendre du vin tous les soirs; elle fut trouvée comburée dans son lit, à l'exception des deux fémurs; l'auteur ajoute que dans cette sorte de combustion, la flamme est légère, un peu bleuâtre, qu'elle épargne les objets environnants ou ne les altère que fort peu. Pierre Aimé Lair, dans une dissertation sur la combustion spontanée en cite un cas fort extraordinaire observé sur la comtesse Cornellia Bandi : on en trouve

beaucoup d'autres dans les annales de l'art. J'ai mis plusieurs fois, le soir, en quittant mon laboratoire, le pied d'un cadavre dans un poêle rempli de bois en ignition : le lendemain, j'ai trouvé le membre abdomidal quelquefois brûlé à des hauteurs variées; il s'en dégageait encore une flamme bleuâtre. On dit que la combustion spontanée se développe plus spécialement sur les sujets qui abusent des boissons alcooliques.

L'habitude semble influencer beaucoup le mode d'action du calorique sur nos tissus : les forgerons peuvent, tenir avec les mains des corps incandescents, sans en éprouver la moindre incommodité : l'épaisseur de leur épiderme ne suffit pas pour expliquer ce phénomène.

Les causes des brûlures agissent avec plus ou moins d'intensité, suivant la durée de leur action et la quantité de calorique qu'elles contiennent. Beaucoup d'auteurs pensent que l'ardeur des rayons du soleil peut déterminer des brûlures : mon excellent et savant ami, M. Moulinié, en rapporte un exemple remarquable dans sa thèse inaugurale.

Les métaux, très-bons conducteurs du calorique, brûlent, toutes choses égales d'ailleurs, très-profondément. L'eau bouillante produit des brûlures plus ou moins intenses, suivant la pression de l'air atmosphérique; car il faut d'autant plus de chaleur pour la faire bouillir que cette pression est plus forte. L'adustion devient plus violente, si le liquide contient des sels. L'alcool se charge de peu de calorique; les huiles et les corps

gras en absorbent au contraire beaucoup; aussi, le premier produit des brûlures légères, les seconds déterminent des brûlures profondes.

L'intensité des brûlures occasionnées par les caustiques varie suivant la nature de ces agents chimiques. L'acide fluorique, d'après les expériences de MM. Gay-Lussac et Thenard, cause de fortes brûlures accompagnées de très-vives douleurs : aussitôt que la moindre goutte de cet acide est en contact avec la peau, il survient une tuméfaction considérable, qui est à la fois inflammatoire et œdémateuse; des phlyctènes se manifestent, et si la brûlure est un peu étendue, l'individu peut succomber en vingt-quatre heures.

Le calorique agit de différentes manières : 1° à une certaine distance ; c'est le calorique rayonnant qui détermine alors l'adustion ; 2° par l'application, sur nos tissus, de la flamme d'un corps en ignition; 3° par l'application immédiate de ce corps lui-même sur notre économie.

Avant Dupuytren, les chirurgiens n'admettaient que trois degrés dans la brûlure : ce grand chirurgien en admet six, qu'on pourrait réduire à cinq et peut-être même à quatre.

Premier degré. Il consiste en une phlogose, un érythème, dont la rougeur disparaît, sous la pression du doigt, pour reparaître ensuite; la tuméfaction est à peine marquée, la chaleur est très-vive et la douleur cuisante. Ordinairement l'épiderme n'a subi aucune alté-

ration : cependant, quelquefois, deux heures après la production de la brûlure, il se développe de petites phlyctènes, à peine appréciables à l'œil et très-faciles à constater par le toucher : Fabrice de Hilden a comparé ces petites phlyctènes à celles qui résultent de l'urtication : *non aliter ac si cutis semine urticæ fricata esset.* Lorsque ce premier degré récidive un assez grand nombre de fois et d'une manière très-légère sur le même point, il détermine des taches rougeâtres, plus ou moins foncées, marbrées, que l'on nomme éphélides; on les observe chez les personnes qui sont presque continuellement exposées à un foyer de chaleur, telles que les vieillards qui gardent le coin du feu et les femmes qui font un usage habituel de chauffrettes dont l'action sur les organes de la génération a d'ailleurs un si fâcheux résultat.

Deuxième degré. Ici la maladie n'a pas encore dépassé le corps réticulaire de la peau; mais ce tissu est plus fortement irrité; la rougeur est plus intense, la chaleur plus développée, la douleur très-âcre, très-cuisante; il existe une véritable tuméfaction; l'épiderme est quelquefois racorni, jaune ou noirâtre; il présente çà et là des fissures plus ou moins nombreuses, des phlyctènes; tantôt elles sont rares et tantôt très-multipliées, petites ou volumineuses, isolées ou réunies par leurs bases; elles contiennent ordinairement de la sérosité, qui est quelquefois mêlée de sang; alors elles offrent un aspect rougeâtre, elles peuvent être noirâtres;

dans certains cas, elles paraissent blanchâtres : cette couleur tient au mélange d'une certaine quantité de pus; ce dernier phénomène indique une affection plus profonde des téguments. Le liquide contenu dans ces vésicules peut être résorbé, mais, le plus souvent, les mouvements du malade, les moyens chirurgicaux, la nature elle-même lui donnent issue par la rupture de l'épiderme : alors on aperçoit le corps muqueux à l'état rouge seulement, sans aucune autre altération : dans d'autres circonstances, le corps réticulaire de la peau est ulcéré; la brûlure est alors plus grave et plus profonde; l'épiderme soulevé se dessèche et tombe, tantôt par petites parcelles, tantôt en écailles assez étendues. Il arrive souvent qu'au moment où l'ancien épiderme se détache il s'en est déjà formé un nouveau : le malade est guéri. Le chorion de la peau n'est ici nullement affecté : de nombreuses autopsies en ont fourni la preuve.

La guérison du second degré de la brûlure s'obtient ordinairement du neuvième au onzième jour; mais quand il existe de légères ulcérations sur le corps muqueux de la peau, elle n'arrive qu'au troisième septénaire environ. Si ces ulcérations peuvent être produites par l'action du feu lui-même, elles le sont souvent aussi par les frottements que le linge exerce sur les parties dénudées.

Des érosions produites sur les téguments par des causes externes peuvent ressembler parfaitement à la

brûlure du second degré. Nous en avons observé deux exemples remarquables, l'an dernier : chez l'un de nos malades l'érosion était survenue à la paume des mains et aux avant-bras, pendant qu'il se laissait glisser le long d'une corde; chez l'autre, le passage rapide d'une roue de cabriolet, avait causé à la jambe une lésion de même nature. Ces faits sont importants en médecine légale : disons par anticipation que l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium obtint, chez ces deux malades, un résultat aussi avantageux que si nous avions eu à traiter une brûlure au deuxième degré.

Troisième degré. Dans ce degré le feu a étendu son action plus profondément; il a atteint le chorion de la peau : celui-ci est dur, noir ou jaune, racorni, tantôt humide et d'autres fois très-sec, charbonné; il présente des fissures : si on l'excite il ne donne aucun signe de sensibilité; il forme autour du cou, des membres, du tronc, des espèces de colliers qui ne permettent plus à la peau de jouir de son élasticité et de sa mobilité; la tuméfaction est considérable, non pas sur l'escarre, mais sur les parties qui l'environnent; la douleur est excessive, plus forte que dans tous les autres degrés de la brûlure. La chaleur est âcre, brûlante, la rougeur très-foncée. Après six, huit ou dix jours, plus ou moins suivant la saison et la constitution des sujets, la suppuration détache les tissus frappés de mort; alors, sans faire l'autopsie, on acquiert la conviction qu'une partie seulement de l'épaisseur du chorion est gan-

grenée, et que la plus profonde a résisté à l'action du feu. Lorsque l'inflammation est très-forte, que le tissu cellulaire placé dans les mailles de la peau y participe, il se forme une espèce d'étranglement inflammatoire, qui donne lieu à des douleurs térébrantes, insupportables, et telles dans certains cas qu'il peut survenir des convulsions, le tétanos ou le délire.

Quatrième degré. La peau est frappée de mort dans toute son épaisseur : dans le principe, quelle que soit l'étendue en surface de la brûlure, la douleur est nulle ou presque nulle; ce phénomène est dû à la grande quantité de calorique que contenait le corps comburant; en déterminant instantanément la mort des téguments dans toute leur épaisseur, il n'a pour ainsi dire pas donné à la sensibilité le temps de s'exalter; il a produit une couche charbonnée assez épaisse, mauvaise conductrice du calorique, qui a protégé contre son action les parties sous-jacentes; mais si la brûlure offre un peu d'étendue, il survient un état de stupeur, de langueur, d'affaissement, d'indifférence, très-marqué. Après trois ou quatre jours, l'inflammation est développée : elle siége autour de l'escarre et sous elle, elle s'étend au loin, elle est quelquefois si aiguë qu'elle gangrène les tissus dont elle s'est emparée; cette violente phlegmasie fait naître de très-fortes douleurs.

Vers le huitième ou le dixième jour, les escarres se détachent par lambeaux; quelquefois le tissu cellulaire lui-même est affecté et les muscles paraissent

comme disséqués. Si, comme on vient de le voir, la brûlure du quatrième degré peut, par la violence de l'inflammation, offrir les symptômes du cinquième, celle du troisième, soumise à la même influence, subira la même loi pathologique. J'ai vu quelques cas rares à l'hôpital de la Pité, dans lesquels les escarres superficielles tombèrent; la portion du chorion ménagée s'enflamma consécutivement d'une manière violente et se gangrena.

Cinquième degré. Le feu a porté son action plus profondément; le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les veines, les artères, etc., sont brûlés : ici, comme dans le degré précédent, la violence de l'inflammation peut occasionner la gangrène dans les tissus sous-jacents à l'escarre; alors on peut trouver, dans les tissus frappés de mort, des artères, des veines et des nerfs qui ont résisté à la désorganisation; quand ces derniers sont mis à découvert par la chute des parties gangrenées, ils deviennent le siége de très-fortes douleurs. Il n'est pas rare de voir survenir des hémorrhagies par l'ouverture des gros vaisseaux : elles sont très-difficiles à arrêter.

Lorsque la brûlure du cinquième degré siége sur les parois de la poitrine, de l'abdomen, etc, elle peut pénétrer jusque sur les viscères, ou bien en déterminer l'inflammation.

C'est surtout dans le degré qui nous occupe qu'on observe la stupeur, le malaise, l'affaissement du ma-

lade; il est indifférent sur son propre état; les traits de la face sont décomposés; le pouls est petit et serré; une soif ardente existe : ces phénomènes ne sont ordinairement produits que par les brûlures ayant une assez grande étendue.

On observe presque toujours, dans les grandes brûlures, les cinq degrés de cette maladie; le cinquième est au centre, et les autres s'en éloignent d'autant plus, en général, qu'ils sont plus légers.

Dans les brûlures produites par l'explosion de la poudre à canon, quelques grains de cette substance, n'étant pas brûlés, sont projetés avec violence sur la peau, et viennent s'incruster dans le corps réticulaire pour y produire des taches qui, d'abord noires, passent ensuite à l'état violacé; il est impossible de les enlever sans désorganiser les tissus sur lesquels elles siégent; les vésicatoires eux-mêmes ne peuvent pas les dissiper, à moins qu'on ne les fasse suppurer longtemps, et encore ne réussit-on pas toujours.

Les gens du peuple dessinent souvent sur leur peau, à l'aide d'un procédé que tout le monde connaît, des images qui ont une grande analogie avec les taches dont nous venons de parler : j'en ai disséqué un grand nombre, et j'ai vu que souvent elles s'étendaient jusque dans le chorion. Elles ne peuvent être détruites que par une forte cautérisation, ou par l'ablation des tissus sur lesquels elles siégent.

Le pronostic des brûlures varie suivant leur cause,

leur degré, leur étendue et leur siége. Si la maladie existe à la face, elle intéresse souvent les yeux, les paupières; elle peut, sur les articulations, produire des cicatrices qui en gênent les mouvements : si elle est profonde, elle est grave autour du tronc; car elle détruit quelquefois les parois des grandes cavités, et pénètre sur les viscères qui y sont renfermés. Un caustique vénéneux la rend extraordinairement dangereuse; elle l'est moins sur un sujet fort que chez un individu faible. Large en surface, elle détermine une suppuration très-abondante, un très-grand érétisme, une faiblesse consécutive très-marquée, et souvent même la mort; elle est plus grave chez les enfants et chez les vieillards. Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic devient de plus en plus désavantageux, du premier au cinquième degré de la brûlure : la simple rubéfaction de la peau, quand elle est très-étendue, peut amener un événement funeste.

Les brûlures sont surtout dangereuses à cause de la réaction inflammatoire qu'elles produisent sur le canal intestinal, d'où naissent les gastro-entérites auxquelles les malades échappent si peu souvent.

Il est quatre époques des brûlures pendant lesquelles la vie du malade est en danger : on les divise en périodes, 1° période d'irritation; 2° période d'inflammation; 3° période de suppuration et de résorption purulente; 4° période de prostration.

Lorsque la brûlure envahit une grande étendue de

la surface des téguments, et qu'elle ne dépasse pas le troisième degré, l'érétisme peut déterminer la mort, même en quelques heures.

Dans la période d'inflammation, la violence de la douleur et les réactions sympathiques peuvent faire périr les malades.

La nature n'a pas toujours assez de ressources pour fournir aux frais d'une abondante suppuration : le dévoiement colliquatif, les sueurs de même nature, la consomption, le marasme, font succomber le sujet.

Dans la quatrième période, les désordres de l'inervation, la prostration des forces que l'on observe assez souvent dès le début de la maladie, peuvent déterminer la mort.

On le verra plus loin, depuis que j'ai mis en usage les chlorures d'oxyde de sodium et de calcium contre les brûlures, le pronostic en est devenu infiniment moins fâcheux : cette proposition a été sanctionnée par l'expérience à l'hôpital de la Pitié, où les faits ont été publiquement observés; mais il faut savoir manier ces médicaments pour en obtenir des résultats heureux. Nous insisterons beaucoup sur ce point de thérapeutique où nous avons encore été travestis par nos aimables confrères, qui savent si bien vanter l'aménité de leur caractère et qui se plaignent si amèrement de l'âpreté du nôtre : nous osons en effet défendre nos idées; nous prétendons surtout qu'on doit les transmettre telles que nous les avons données : l'honneur, la

probité scientifiques le commandent impérieusement.

Lorsqu'un caustique détermine une brûlure et qu'il ne s'est pas encore entièrement combiné avec les tissus sur lesquels il est appliqué, il faut se hâter d'employer un agent chimique convenable pour neutraliser le reste de son action; mais comme il est très-difficile d'avoir assez tôt ce moyen chimique à sa disposition, on a le plus souvent recours à des lotions multipliées qui joignent à l'avantage d'étendre le caustique, et de le rendre moins actif, celui de l'entraîner.

Je n'ai la prétention d'imposer mes idées à personne; aussi, quoique je sois bien convaincu qu'en général les chlorures d'oxyde de sodium et de calcium sont les meilleurs moyens pour combattre les brûlures, je vais, afin de suivre l'habitude que j'en ai contractée, exposer d'abord les idées thérapeutiques des auteurs, puis je soumettrai les miennes au lecteur : il choisira.

On a proposé d'employer contre le premier degré de la brûlure les réfrigérants, les astringents, les répercussifs et les styptiques, tels que l'eau froide, l'eau à la glace, l'oxycrat, l'encre, les oxydes de fer, l'eau végéto-minérale, l'éther, l'alcool, etc. Ces moyens produisent une grande soustraction de calorique et déterminent la striction des vaisseaux capillaires : il faut en continuer l'usage pendant trois ou quatre heures au moins, condition sans laquelle il surviendrait une réaction qui augmenterait l'inflammation. Quoi qu'en disent les empiriques, on ne doit pas employer ces

médicaments, quand la phlegmasie est très-développée : l'expérience a démontré qu'alors ordinairement ils échouent, ou bien même ils augmentent la maladie : il faut attendre pour y recourir qu'elle soit à son déclin.

Si un membre, l'avant-bras par exemple, était brûlé, on préférerait le bain d'eau froide aux fomentations résolutives : ce bain serait maintenu à la même température. Si les deux cuisses et les deux jambes étaient le siége de la brûlure au premier degré, pourrait-on faire prendre un demi-bain très-froid? Ce moyen ne serait pas sans danger, surtout chez les sujets nerveux et chez ceux dont la poitrine est irritable. Avec la plupart des praticiens, je rejette l'immersion prolongée de tout le corps dans l'eau froide ou dans l'eau à la glace : les ablutions ou les fomentations froides sont mises en usage lorsque la face est brûlée.

Ces moyens peuvent faire disparaître la brûlure par délitescence; d'autres fois l'inflammation ne cesse pas complétement; on voit des sujets chez lesquels la phlegmasie reste assez souvent au même état; elle est même quelquefois augmentée. Dans ces deux derniers cas, on remplace les résolutifs par les antiphlogistiques, parmi lesquels les évacuations sanguines locales tiennent le premier rang; on revient aux astringents d'une manière graduée, lorsque la brûlure a déjà beaucoup diminué. Offre-t-elle une très-grande étendue, existe-t-il des symptômes de stupeur; les réfrigérants, les évacuations

sanguines locales exposeraient à éteindre les propriétés vitales, dont l'énergie est si peu développée. Ici, l'eau végéto-minérale légèrement tiède mérite la préférence, car il faut réchauffer les malades.

Des auteurs qui ont récemment écrit conseillent, dans le second degré de la brûlure, les mêmes moyens que dans le premier : est-il permis d'appliquer de l'alcool, de l'oxycrat, des liquides très-irritants en un mot, sur le corps muqueux de la peau dépourvue de son épiderme, qui, personne ne l'ignore, est souvent enlevé? Il faut recourir à l'eau froide et suivre d'ailleurs les indications que nous venons de poser.

On pratiquera de très-petites ouvertures sur la partie la plus déclive des phlyctènes, à l'aide d'une lancette ou d'une épingle; la matière qu'elles renferment s'écoule, l'épiderme s'affaisse, il est ainsi moins exposé à être enlevé.

On panse avec une compresse fine ou avec du papier brouillard enduit de cérat simple : quelques-uns donnent la préférence au cérat de saturne.

S'il existe de petites ulcérations sur le corps muqueux de la peau, la sécrétion purulente est plus abondante; on applique alors une compresse fenêtrée, qu'on couvre de charpie, afin que le pus séjourne moins sur les points dénudés.

La sécrétion purulente a lieu; l'inflammation est violente; mettrez-vous en usage les évacuations sanguines locales? Prenez garde à la résorption du pus; si la ma-

ladie est très-étendue, rappelez-vous que la nature a grand besoin de ses forces pour fournir aux frais d'une abondante suppuration.

La brûlure est au troisième degré; on use encore des astringents, des répercussifs; on met en usage le cérat opiacé; on administre les narcotiques à l'intérieur; on applique les cataplasmes émollients. Avant comme après la chute de l'escarre, on peut aussi panser avec de l'onguent populeum qui est sédatif; plus tard, on emploie au besoin un digestif simple, uni au styrax. S'il survient des convulsions, on les traite par les narcotiques. Mais il se manifeste de la stupeur : néanmoins, il existe encore beaucoup de douleur : j'ai vu souvent alors mettre en usage les calmants, et j'ai vu les malades succomber : les excitants et les toniques me semblent infiniment préférables : leur administration obtient quelquefois des succès.

L'escarre est tombée; la brûlure offre peu d'étendue; la partie du chorion épargnée par le feu est très-tuméfiée; on dirait d'un anthrax bénin. Je conseille d'inciser crucialement; ainsi j'ai diminué et quelquefois même j'ai fait cesser la douleur; j'ai évité la gangrène.

On n'exerce sur les escarres aucune traction, elles produiraient de trop violentes douleurs; on enlève seulement avec des ciseaux les parties frappées de mort, qui, détachées les premières, tiennent encore à celles qui n'ont pas perdu leur adhérence avec les tissus vivants.

Dans le quatrième et dans le cinquième degré, on combat la stupeur par les toniques et par les excitants. Les cataplasmes émollients sont mis en usage, lorsque l'inflammation éliminatoire est trop développée; on a recours au contraire aux onguents excitants, si là phlegmasie languit. Ici les escarres sont profondes, on rencontre souvent dans leur épaisseur, comme nous l'avons déjà dit, des nerfs et des vaisseaux plus ou moins volumineux, qui sont restés intacts au milieu de la désorganisation des autres tissus. Ce fait d'anatomie pathologique ne permet pas, en général, de réséquer les parties frappées de mort, qui commencent à se détacher les premières : en les coupant, on pourrait blesser des nerfs et augmenter singulièrement la douleur, qui déjà est trop forte; on pourrait ouvrir des artères et des veines, qui donneraient lieu à des hémorrhagies inquiétantes et très-difficiles à arrêter.

Quelquefois le pus s'accumule sous les escarres; sa présence exaspère la douleur, il fuse souvent au loin, il occasionne des symptômes généraux graves. On pratique le toucher pour constater sa présence; y parvient-on, on incise sur-le-champ pour lui donner issue; mais la fluctuation est douteuse, il n'en existe même aucun signe. Depuis quelques jours, l'état local est plus mauvais, l'état fébrile augmente beaucoup : je crois qu'on doit faire une incision exploratrice qui souvent est couronnée de succès.

La gastro-entérite se développe plus facilement chez les sujets dont le canal intestinal est faible : quand il est fort, il peut résister complétement à l'influence sympathique des brûlures très-étendues en surface et en profondeur. J'ai vu, en suivant la pratique de mon père, dans le département de la Loire, un grand nombre d'individus dont la presque totalité du tronc avait été brûlée au quatrième degré, dans les mines de la Grande-Croix : le tube digestif resta sain et ces hommes guérirent.

Lorsque le canal intestinal est affecté d'inflammation, l'autopsie l'a souvent démontré, l'étendue de la brûlure, la faiblesse du malade, l'abondance de la suppuration exigent qu'on soit très-sobre d'évacuations sanguines : on ne doit pas même y recourir dans beaucoup de circonstances.

Afin que la pression lente exercée sur le décubitus d'un membre ne détermine pas la gangrène, ou n'augmente pas les escarres qui existent déjà, on matelasse avec une grande quantité de charpie les points sur lesquels ce membre repose.

Quand les cinq degrés de la brûlure existent sur le même membre, il faut adapter à chacun d'eux le traitement que nous avons indiqué.

On a conseillé le coton contre tous les degrés de la brûlure; on le fait carder et disposer en couches assez minces pour être transparentes. On couvre les points malades avec plusieurs couches de cette substance.

Lorsqu'il existe des vésicules, on les ouvre préalablement au pansement; on lave avec de l'eau tiède. Si la brûlure est profonde, Anderson, qui a expérimenté d'une manière suivie le traitement par le coton, donne la préférence à l'alcool de lavande ou à l'huile essentielle de térébenthine. L'appareil est renouvelé le plus tard possible; on le laisse souvent en place quatorze ou quinze jours, et même davantage; mais quand les malades sont trop incommodés par la mauvaise odeur de la suppuration ou des escarres, on le lève plus tôt, et on le renouvelle alors environ tous les huit jours.

Le coton a l'avantage de calmer rapidement la douleur de la brûlure; il hâte la cicatrisation, mais il occasionne une malpropreté dégoûtante, et les malades ne sont pas soumis sans danger à l'odeur fétide et repoussante qu'exhale l'appareil; il s'y développe quelquefois même des vers : on ne voit pas, d'ailleurs, ce qui se passe sous lui, sous les escarres et autour d'elles, où les matières purulentes peuvent s'accumuler et produire de graves accidents. Loin de moi l'idée de révoquer en doute les succès qu'on dit avoir obtenus; mais j'ai suivi l'emploi de ce moyen dans quelques cas, et j'ai observé des résultats infiniment moins heureux. J'ai appris, par plusieurs de nos confrères, qu'entre leurs mains le coton n'avait pas été suivi des brillants succès qu'on lui attribue. Je le rejette dans le troisième, dans le quatrième et dans le cin-

quième degrés de la brûlure. Dans le premier et dans le second, je lui préfère le chlorure d'oxyde de sodium que j'ai imaginé, en 1825, de mettre en usage contre les brûlures.

Des journaux de la science ont publié avec exactitude plusieurs fois ma méthode de traitement; elle est consignée dans un assez grand nombre de thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris; quelques ouvrages modernes en ont fait mention; mais tantôt mes idées ont été travesties, tantôt on les a rendues d'une manière incomplète : j'avais d'ailleurs mis beaucoup de soin à les exposer dans mes leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié. On a encore cru que j'employais le chlorure d'oxyde de sodium comme un moyen empirique. Quand on ne sait pas manier un médicament, il peut devenir extrêmement dangereux; il ne sera donc pas sans importance de rétablir les faits.

Tous les jours on apprécie mieux les heureux effets de l'alliance de la médecine et de la chirurgie. Les médecins dosent l'émétique, l'opium, les purgatifs, etc.; pourquoi ne doserions-nous pas le chlorure? La médecine consiste toute dans les indications, il en est de même de la chirurgie.

Le chlorure d'oxyde de sodium est astringent et sédatif. Non-seulement il empêche l'inflammation d'augmenter, mais encore il la dissipe presque entièrement. C'est sans contredit sous l'influence de l'innervation que la douleur se développe : à peine le

chlorure est-il mis en usage depuis quelques heures, que les malades souffrent moins et ne souffrent souvent point du tout.

Par cela même qu'on ne laisse pas persister à une grande intensité les brûlures étendues, on évite leur réaction sur l'ensemble des fonctions, et surtout sur le canal intestinal, où elles auraient pu produire des effets funestes. Je n'ai pas besoin de dire que l'état de stupeur plus ou moins profond dans lequel les malades sont plongés, étant le résultat ordinaire de la phlegmasie très-aiguë ou de l'innervation trop affaiblie, cet état s'amende, en général, et finit par disparaître avec ces accidents.

Lorsqu'il existe une solution de continuité sans escarres, le chlorure d'oxyde de sodium possède, à un degré très-éminent, la propriété de donner lieu à une exsudation plastique, qui s'organise immédiatement à la manière des fausses membranes; ce nouveau tissu se développe ordinairement de la circonférence au centre, et ferme en peu de temps la solution de continuité, comme si on avait placé un lambeau convenable pris sur les parties environnantes.

Ce n'est pas seulement dans le second degré de la brûlure, que le chlorure détermine la formation de fausses membranes; il les produit encore dans un degré plus avancé de la maladie, quand les escarres sont tombées et quand les bourgeons charnus sont bien

développés; car si avant ce développement, ce médicament, d'abord employé contre les escarres, était continué, il serait nuisible.

Un fait important à noter, c'est que la cicatrice sera plus solide que celle obtenue par les moyens ordinaires. Cette cicatrice, nous venons de le dire, se fait à l'aide d'un tissu nouveau, qui couvre à lui seul presque toute la surface dénudée, les bords de la peau restant à peu près en place.

Il résulte de ce phénomène que si, par exemple, l'ulcère siége à la partie inférieure de la jambe, les téguments ne pourront pas devenir trop étroits; ils ne seront pas tiraillés par la contraction des muscles, qui, d'après les expériences de Glisson, n'augmente pas le volume absolu des membres, mais en augmente évidemment l'épaisseur. L'expérience m'a, en effet, démontré souvent que ce mode de cicatrisation résistait beaucoup mieux à la marche. On sait d'ailleurs que, la cicatrice faite, il y existe un travail pour mieux l'organiser, et qu'à mesure qu'elle vieillit elle e rétrécit davantage; les travaux de Delpech n'ont laissé aucun doute à cet égard. J'ai observé que le rétrécissement du tissu inodulaire était beaucoup moins grand sur l'espèce de fausse membrane produite par l'action des chlorures.

On a avancé que les chlorures d'oxyde de sodium et de calcium facilitent beaucoup la chute des escarres, à quelques causes qu'elles soient dues; on a fait encore

ici de la chirurgie empirique, qui a occasionné bien des erreurs. Les faits démontrent que si l'inflammation est phlegmoneuse et forte, les chlorures l'augmentent presque toujours et éloignent ainsi le but qu'on se proposait d'atteindre ; il faut alors recourir aux cataplasmes émollients ; si au contraire la phlegmasie est légère, ces médicaments l'affaiblissent trop et le travail d'élimination est retardé. C'est ce qu'on observe surtout sur les individus maigres, chez lesquels l'escarre est dure et sèche.

Les chlorures employés pour arrêter les progrès de la gangrène sont plutôt nuisibles qu'utiles, lorsqu'elle est due à un excès d'inflammation phlegmoneuse.

Les chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium réussissent plus spécialement dans le premier et le second degré de la brûlure. Lorsque nous commençâmes à mettre en usage ces moyens, nous redoutions beaucoup l'intensité de l'inflammation ; mais l'observation nous a prouvé que ces médicaments n'en réussissaient pas moins bien dans les cas où la phlegmasie n'occupait que la superficie de la peau.

Nous n'aurions pas assez insisté sur la valeur des chlorures contre les escarres, si nous ne faisions pas remarquer que, dans les autres degrés de la brûlure, ces médicaments employés avant que la phlegmasie soit devenue intense diminuent l'inflammation et la douleur. Il existe en ce moment à l'hôpital de la Pitié un fait très-remarquable de ce genre.

On a dit que l'art consistait tout entier dans les détails; jamais vérité n'a été plus grande et n'a été mieux sentie par tous les hommes qui ont cultivé la chirurgie avec succès. Si, imitant en effet un aveugle empirisme, nous nous bornions à écrire : *qu'on a vanté les chlorures d'oxyde de sodium et de calcium contre la brûlure*, et si nous n'indiquions point, d'abord en général, et ensuite en particulier, le degré de ces médicaments, nous mettrions entre les mains de nos confrères, comme cela est arrivé, une arme qui souvent serait non-seulement inutile, mais encore quelquefois dangereuse. Ce n'est d'ailleurs qu'après un assez grand nombre d'essais que nous sommes parvenus à poser des indications qu'on n'a pas reproduites dans des ouvrages récemment écrits, et dans lesquels il a été ainsi facile d'avancer que les chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium n'avaient pas l'importance que nous leur avions donnée.

En général les chlorures qu'on met en usage contre les brûlures sont à trois degrés (bertholimètre de Decroizilles); mais l'inflammation et l'idiosyncrasie de la peau offrent des variétés : si le chlorure, au degré que nous venons d'indiquer, ne produit aucune sensation, il n'est pas assez actif; nous le portons alors à quatre, cinq et quelquefois même à six degrés.

Si, au contraire, l'application du chlorure détermine un prurit, ou une chaleur un peu douloureuse, qui durent plus d'un quart d'heure, le médicament a trop

d'énergie, il pourrait augmenter l'inflammation : il faut lever l'appareil et employer ce médicament à deux et même à un seul degré.

Enfin, pour que les chlorures produisent l'effet désiré, il est nécessaire que la chaleur un peu forte et le léger prurit qu'ils occasionnent ne se prolongent pas au delà de cinq à dix minutes ou d'un quart d'heure.

Lorsque nous imaginâmes l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium ou de calcium contre les brûlures, et qu'elles étaient au second degré, nous appliquâmes le médicament sur les points dénudés de la peau comme sur ceux qui ne l'étaient pas. Nous nous aperçûmes bientôt que la guérison était beaucoup plus prompte dans tous les endroits où le corps muqueux était à découvert, et il devint facile de voir que le chlorure agissait moins bien à travers l'épiderme; d'où est né le précepte d'enlever, autant que possible, cette partie de la peau; en usant de précautions qu'il serait superflu d'indiquer ici, on ne détermine presque pas de douleur.

Une compresse fenêtrée, enduite de cérat de Galien, est appliquée sur toute la surface de la brûlure. On met par-dessus une masse de charpie, au moins de l'épaisseur de six centimètres (deux pouces); elle est imbibée de chlorure et recouverte par des compresses sèches; le tout est assujetti à l'aide d'un bandage approprié.

En hiver, quand la brûlure offre une grande surface et quand la stupeur est assez prononcée, on chauffe la

compresse fenêtrée avant de l'appliquer, ainsi que le chlorure, dont la température est portée à quinze degrés environ à l'aide du bain-marie. Dans tous les cas d'ailleurs où la brûlure occupe une large surface, on a soin de la panser à mesure qu'on en a mis à découvert une certaine étendue.

Suivant la température de l'atmosphère, on arrose l'appareil six ou huit fois par jour avec le chlorure au degré indiqué. On renouvelle le pansement toutes les vingt-quatre heures.

Les premières fois que je mis en usage les chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium, l'idée m'en fut suggérée par les circonstances suivantes :

Les malades étaient affectés de brûlure au premier et au second degré ; elle avait envahi les deux tiers de la surface des téguments. Le premier jour, je suivis les préceptes recommandés par l'art ; j'ouvris les phlyctènes à leur partie la plus déclive ; je mis la compresse fenêtrée enduite de cérat de Goulard ; j'appliquai de la charpie par-dessus. Le lendemain, l'inflammation avait acquis une grande intensité ; il existait beaucoup de fièvre ; déjà la réaction avait lieu sur le canal intestinal ; les malades étaient assoupis ; l'indifférence sur leur propre état commençait, leurs réponses tardives et lentes annonçaient que l'économie était profondément affectée. C'est alors que, de l'avis des chirurgiens qui ont écrit, même récemment, sur la brûlure, les malades sont voués à une mort presque certaine. Mais

j'avais éteint très-rapidement avec les chlorures des inflammations compliquant des ulcères; j'avais obtenu, par l'emploi de ce nouveau moyen, des cicatrices dont la rapidité m'avait étonné : dans des cas aussi désespérés que ceux où étaient mes malheureux brûlés, il était permis de tenter des essais : je le fis; je réussis au delà de mes espérances : mes malades furent sauvés.

Il est constaté par l'observation que la brûlure du premier degré qui envahit toute l'étendue des téguments peut occasionner la mort; jamais encore aucun accident funeste n'est survenu lorsque j'ai employé le chlorure d'oxyde de sodium. Ce médicament guérit presque toujours alors en vingt-quatre ou quarante-huit heures : l'efficacité des moyens ordinaires est moins prompte.

La brûlure du second degré qui siége sur une grande surface est presque toujours mortelle : avec le chlorure d'oxyde de sodium, nous avons jusqu'aujourd'hui guéri tous nos malades. Dans la première variété de cette brûlure, c'est-à-dire toutes les fois que le corps muqueux de la peau est seulement mis à découvert, les méthodes généralement employées guérissent en neuf ou onze jours : cinq ou six jours suffisent pour obtenir la guérison par le chlorure d'oxyde de sodium. A-t-on à traiter la seconde variété de cette brûlure, dans laquelle non-seulement l'épiderme est enlevé, mais encore le corps muqueux de la peau est détruit dans

certains points, en neuf ou onze jours nous avons obtenu une cicatrice qui ordinairement se faisait attendre de dix-neuf à vingt et un jours. Nous possédons des observations qui constatent que, par notre traitement, nous avons guéri à la fin du premier septénaire des brûlures au troisième degré; les autres moyens de traitement sont bien loin d'obtenir des résultats aussi prompts.

Quant aux brûlures plus profondes, nous avons déjà indiqué les effets des chlorures contre l'inflammation et contre les escarres.

Il résulte des principes que nous venons d'établir :

1° Que les chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium employés contre les brûlures, suivant les indications que nous avons posées, dissipent presque complétement la douleur, diminuent l'inflammation et l'innervation, et empêchent les réactions sur l'ensemble de l'économie;

2° Que ces chlorures guérissent plus promptement;

3° Qu'ils facilitent la chute des escarres;

4° Qu'ils produisent des cicatrices plus avantageuses;

5° Qu'ils obtiennent souvent la guérison de malades qui étaient voués à une mort certaine, si les moyens connus avaient été mis en usage.

On trouvera dans les thèses inaugurales de MM. Daumas, Bodin, etc., soutenues à l'École de Médecine de Paris, beaucoup d'observations qui viennent à l'appui des propositions que nous avons énoncées. D'ailleurs,

les brûlures ne sont pas rares à l'hôpital de la Pitié; abstraction faite de certaines gens qui nous ont travesti et qui ont donné le plus incomplétement possible notre méthode de traitement, on connaît les succès incontestables que nous obtenons. Parmi le grand nombre de faits que nous possédons, nous en citerons un seul, qui est consigné dans le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, recueil pratique publié par M. J.-E.-M. Miquel, tome XV, 1re et 2e livraison, 15 et 30 juillet 1838 :

« Le premier ouvrier d'une brasserie de la rue Mouf-» fetard, le nommé Lesueur, âgé de quarante-cinq ans, » d'une forte constitution, était occupé, le 23 juin » dernier, à balayer le pourtour d'une chaudière où » se faisait une décoction d'orge germé. Le liquide » était au plus haut degré d'ébullition; un faux pas » sur une planche faillit précipiter l'ouvrier dont nous » parlons dans la cuve. Il se retint; mais la cuisse » gauche plongea dans la chaudière, et le tronc vint » porter sur le bord de celle-ci, et reçut les ondées » bouillantes résultant de l'ébullition.

» Cet homme fut apporté dans un état complet de » stupeur à la Pitié et fut couché au n° 3 de la salle » Saint-Antoine. Presque toute la surface de son corps » présentait des brûlures plus ou moins profondes; le » bras droit, qui était le moins gravement atteint, pré-» sentait à la partie inférieure et antérieure de l'avant-» bras une brûlure de six pouces de longueur sur six de

» largeur ; cette brûlure était, presque dans toute son » étendue, au premier degré, à l'état de vive rubéfaction, excepté dans un point d'un pouce carré, où il » existait une vésication, et à l'éminence thénar, où dans » une étendue d'un pouce environ le corps muqueux » de la peau était intéressé. Une brûlure au second et » au troisième degré occupait presque en totalité le » membre supérieur gauche ; cette brûlure avait vingt » pouces de long et en largeur huit pouces au bras et » six à l'avant-bras ; le corps muqueux était affecté dans » les trois cinquièmes de cette brûlure ; le chorion était » intéressé vers les doigts dans une étendue qu'on peut » évaluer à un cinquième de la surface ; enfin il existait par places de la vésication et de la rubéfaction.

» La brûlure du tronc s'étend de l'extrémité inférieure du scapulum à la crête des os des iles et de la » ligne blanche aux apophyses transverses de la colonne » vertébrale ; elle a dix pouces de hauteur sur dix de » largeur. La moitié de cette brûlure est au premier » degré ; le reste est, par parties à peu près égales, au » second et au troisième degré.

» La cuisse et la jambe gauches présentent une brûlure de vingt-deux pouces de longueur sur dix de largeur à la cuisse et sur huit à la jambe ; le corps muqueux est attaqué dans les quatre cinquièmes environ » de cette étendue ; l'autre cinquième présente l'altération du chorion et des points de vésication et de rubéfaction.

» Peut-il exister une brûlure plus grave que celle-là ? » Eh bien ! les chlorures employés dès le premier jour, » d'après les principes que nous avons développés, ont » fait merveille. Dès le 28 juin, les parties où il n'exis- » tait que de la rubéfaction et de la vésication étaient » guéries, ainsi que celles où il n'y avait que la pre- » mière variété du deuxième degré de la brûlure. Le » 3 juillet, tout ce qui était brûlure au second degré » était guéri. Restaient les brûlures au troisième degré ; » toutes les escarres étaient tombées, excepté dans un » point grand comme la moitié de la paume de la » main. D'après les principes déjà émis, on suspendit » alors les chlorures, pendant quatre jours, pour per- » mettre à l'escarre de tomber et aux bourgeons char- » nus de se développer. Aujourd'hui, 11 juillet, les » bourgeons charnus sont superbes, et la cicatrice mar- » che avec rapidité de la circonférence vers le centre. Ce » malade va très-bien, et l'on augmente son alimenta- » tion. Il est probable qu'il pourra quitter l'hôpital » parfaitement guéri, avant huit ou dix jours. »

Voici d'ailleurs la manière de faire le pansement : quel que soit le degré de la brûlure, on couvre toutes les parties intéressées de compresses fenêtrées enduites de beaucoup de cérat ; répétons qu'ensuite on imbibe la charpie de chlorure, qu'on en applique une couche de deux ou trois pouces d'épaisseur, qu'il faut avoir soin d'arroser l'appareil toutes les deux ou trois heures, et qu'on doit le renouveler tous les jours.

Le chlorure d'oxyde de sodium doit avoir la préférence sur celui de calcium ; ce dernier, quelque précaution qu'on prenne, diminue de force et n'est pas toujours égal à lui-même.

Les chlorures ont souvent échoué entre les mains de beaucoup de médecins, parce qu'on les emploie sans en connaître le degré. Aujourd'hui même, j'en ai eu la preuve, en me réunissant avec plusieurs de mes confrères pour donner des soins à un malade qui, depuis plusieurs jours, était affecté d'une vaste brûlure. Déjà on avait eu recours au moyen que nous préconisons; ce topique avait été affaibli avec de l'eau ; lorsque j'ai pris des renseignements, les personnes qui avaient fait le pansement m'ont répondu qu'elles ignoraient le degré du chlorure mis en usage et la proportion d'eau que l'on avait ajoutée. D'ailleurs, il n'est pas impossible que les pharmaciens auxquels on demande ces médicaments n'aient pas de chloromètre; ne connaissant pas la force de leurs chlorures d'oxyde de sodium ou de calcium, ne sachant pas quelle quantité d'eau il faut ajouter pour les faire passer de vingt-deux à trois degrés, il en résulte alors que le praticien se sert d'un agent thérapeutique infidèle et trop souvent plus nuisible qu'utile.

Afin d'éviter ces erreurs journalières, je me suis adressé à M. Labarraque, dont on connaît les beaux travaux sur les chlorures; il a eu l'extrême obligeance, sur la demande que je lui en ai faite, de me communiquer les indications suivantes :

Le chlorure d'oxyde de sodium concentré doit marquer au pèse-sel de Beaumé douze degrés ; il doit décolorer vingt-deux parties de solution de sulfate d'indigo préparé au millième. Ce chlorure doit être fait avec la soude pure. Voici le tableau des proportions qui sont suivies dans l'officine de M. Labarraque. On emploie un *verre à liqueur pour mesure*, et peu importe sa capacité, puisque ce même vase sert à doser la quantité de chlorure et la quantité d'eau pure nécessaire pour l'affaiblir.

Chlorure d'oxyde de sodium.	Eau pure.	Degrés ou quantité de liqueur d'indigo décolorée par le chlorure d'oxyde de sodium au bertholimètre de Decroizilles.
Une partie. .	0	22 degrés.
Id.	Une partie.	14 id.
Id.	Deux parties.	10 id.
Id.	Trois parties.	8 id.
Id.	Quatre parties. . . .	7 id.
Id.	Cinq parties.	6 $\frac{1}{2}$ id.
Id.	Six parties.	6 id.
Id.	Sept parties.	5 $\frac{1}{2}$ id.
Id.	Huit parties.	5 id.
Id.	Neuf parties.	4 $\frac{1}{2}$ id.
Id.	Dix parties.	4 id.
Id.	Onze parties.	3 $\frac{3}{4}$ id.
Id.	Douze parties. . . .	3 $\frac{1}{4}$ id.
Id.	Treize parties. . . .	3 id.
Id.	Quatorze parties. . .	2 $\frac{1}{2}$ id.
Id.	Quinze parties. . . .	2 $\frac{1}{4}$ id.
Id.	Dix-neuf parties. . .	1 $\frac{3}{4}$ id.
Id.	Vingt-quatre parties.	1 $\frac{1}{4}$ id.
Id.	Vingt-neuf parties. .	1 id. faible.

Ainsi, quand un homme de l'art voudra employer

ou qu'il ordonnera du chlorure au trentième, il aura du chlorure à un degré; s'il veut faire usage du chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés, il pourra formuler du chlorure au quatorzième, c'est-à-dire une partie de chlorure concentré sur treize parties d'eau.

Un malade, affecté au tronc d'une brûlure très-étendue du quatrième degré, a présenté tout récemment, à l'hôpital de la Pitié, une complication fort remarquable qui doit trouver place ici. Cet homme, d'un âge moyen, et dont la constitution avait été singulièrement affaiblie par la maladie dont nous nous occupons, a été soumis à une exsudation sanguine légère qui se faisait à la surface des bourgeons charnus de son vaste ulcère; le sang s'infiltrait en même temps dans l'épaisseur de ces bourgeons; on les voyait ecchymosés après les avoir essuyés, quand la perte sanguine, d'ailleurs intermittente, avait cessé; des escarres superficielles, qui nous inspiraient les craintes les plus sérieuses, se formaient çà et là sur la solution de continuité. Les forces du malade s'affaiblissaient de jour en jour davantage; il était menacé d'une fin prochaine. Je mis en usage le chlorure d'oxyde de sodium, d'abord à cinq et ensuite à six degrés; le succès dépassa mes espérances : quelques jours suffirent pour faire cesser l'exhalation sanguine; les tissus frappés de mort tombèrent; il n'en parut pas de nouveaux; l'appétit revint; une bonne alimentation fut administrée; nous cessâmes le chlorure, qui était devenu trop irritant; nous le rempla-

çâmes par les pansements simples. Les forces se rétablirent, et aujourd'hui, 6 juin 1841, le sujet est presque entièrement guéri ; il ne lui reste qu'un ulcère de la largeur d'une pièce de cinq francs environ.

Il serait inutile de dire que, dans le premier degré de la brûlure, on n'a pas à craindre des cicatrices vicieuses; dans le second et dans le troisième, la peau n'ayant pas perdu toute son épaisseur, elles sont assez rares. Dupuytren pense qu'elles arrivent seulement lorsque l'adustion affecte des parties contiguës, qui, juxtaposées, peuvent contracter des adhérences contre nature : il suffit pour les éviter d'empêcher cette juxtaposition par des morceaux de linge enduits de cérat; mais des bourgeons charnus naissent sur la portion de chorion épargnée par l'escarre ; ils peuvent, comme ailleurs, par la négligence dans les pansements, se développer beaucoup et donner naissance, comme je l'ai vu quelquefois, à des brides fort saillantes qui gênent plus ou moins les mouvements des membres et qui peuvent les tenir dans une position plus ou moins fléchie.

Un enfant était affecté aux doigts d'une brûlure du troisième degré bien constatée après la chute des escarres; je recommandai de maintenir ces membres bien étendus et de cautériser très-souvent les bourgeons charnus, si besoin était, avec le nitrate d'argent fondu, afin d'obtenir une cicatrice qui ne s'élevât pas au-dessus du niveau des autres points de la peau : ces précautions furent négligées; des brides saillantes se formèrent; la

rétraction des doigts vers la paume de la main eut lieu; il fallut pratiquer une opération pour la faire disparaître.

Mais c'est surtout dans les brûlures du quatrième et du cinquième degré que les cicatrices vicieuses sont à redouter : alors le chirurgien redouble d'attention et de soin, pour tâcher de parvenir à les éviter ou à les rendre moindres. Les moyens qu'il met en usage sont la position, les bandages et les emplâtres agglutinatifs.

La position a pour but de produire une large cicatrice formée presque entièrement par un tissu de création nouvelle, sans que, pour ainsi dire, les bords de la solution de continuité soient attirés vers son centre. Dupuytren pense qu'elle peut suffire seule, dans un très-grand nombre de cas; je ne partage pas cette opinion : je crois qu'il est fort difficile de rencontrer des malades assez dociles et assez soigneux pour qu'ils ne mettent pas les parties brûlées dans des attitudes désavantageuses; j'ai vu souvent alors la cicatrice devenir vicieuse : le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu avait dû rencontrer un grand nombre de faits de ce genre; je crois que ses idées ont été mal rendues. Je pense qu'il est plus prudent de recourir aux bandages, et, suivant les indications, aux appareils orthopédiques.

Mais si la position exigée pour obtenir une cicatrice avantageuse doit être forcée, comme lorsque l'on est obligé d'étendre beaucoup la main sur l'avant-bras, les moyens contentifs sont indispensables de l'aveu de

tous les praticiens. Ainsi, quand la brûlure siége sur la partie antérieure ou sur l'une des faces latérales du cou, on tient la tête renversée du côté opposé à la maladie. Quand elle se rencontre à la face antérieure du bras, de l'avant-bras ou de l'articulation cubito-humérale, on maintient le membre étendu le plus possible : ces exemples suffisent pour bien faire comprendre le précepte que nous établissons, il serait inutile d'en citer d'autres.

Les bandages nécessaires pour assujettir les membres dans une position convenable sont si connus, que nous croyons devoir nous abstenir de les décrire.

Lorsque la peau est détruite dans toute son épaisseur, il ne suffit pas, par exemple, de tenir les doigts étendus et écartés; il faut appliquer sur leurs commissures la partie moyenne d'une compresse longue et étroite, dont les chefs, l'un antérieur et l'autre postérieur, exerçant sur les tissus dénudés une forte pression, sont fixés sur l'avant-bras : sans cette excellente précaution, conseillée par Dupuytren, l'on aurait à combattre une cicatrice vicieuse.

Si la brûlure se montre sur les narines, sur les orifices inférieurs du vagin ou du rectum, etc., on place dans ces ouvertures de grosses mèches de charpie afin d'éviter leur rétrécissement ou leur occlusion : les canules en gomme élastique ou les bougies en cire, d'un volume toujours supérieur à la capacité qu'on veut maintenir à l'état normal, peuvent aussi être em-

ployées : quelques chirurgiens leur donnent la préférence. On doit continuer l'usage de ces moyens longtemps après que la cicatrice est formée, car on sait qu'elle se rétrécit à mesure qu'elle vieillit et que son organisation devient plus complète.

Les bandelettes agglutinatives ne sont employées que pour les brûlures de la face : de l'aveu des praticiens, elles ne jouissent encore ici que de très-faibles avantages; aussi des cicatrices plus ou moins vicieuses se font-elles presque toujours observer. Je pense qu'on pourrait tirer un grand parti de la belle et excellente suture de M. Rigal de Gaillac. Je la modifierais ainsi : j'appliquerais les aiguilles autour de la solution de continuité; l'extrémité mousse de ces instruments reposerait sur elle; les bandelettes agglutinatives, divisées parallèlement à leur axe en deux parties égales, depuis l'une de leurs extrémités jusqu'à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) de l'autre, seraient appliquées de la manière suivante : chacune de ces bandelettes embrasserait une des aiguilles, et exercerait sur le pourtour de l'ulcère des tractions du centre à la circonférence : elle lutterait ainsi avantageusement contre la cicatrice qui, on le sait, agit en sens opposé; d'autres morceaux de diachylon, placés transversalement sur les premiers, les assujettiraient mieux.

Mais je prévois l'objection sérieuse en apparence qu'on va me faire sur-le-champ; on dira : Vos aiguilles sont appliquées sur des tissus enflammés; avant

deux ou trois jours elles les auront déchirés; vous en remettrez d'autres; il faudra ainsi sans cesse recommencer; la phlegmasie augmentera, et les téguments seront lacérés, labourés par un très-grand nombre de plaies. Voici ma réponse à ces arguments :

J'emploie souvent, à l'hôpital de la Pitié, la suture de M. Rigal, pour faire la réunion immédiate des plaies. J'ai montré des malades sur lesquels, quoiqu'il existât un érysipèle, les aiguilles, étant restées quinze jours en place, n'avaient encore produit aucune déchirure des tissus qu'elles embrassaient; avantage immense qui est encore plus marqué quand la phlegmasie de la peau n'existe pas, et qui, dans la plupart des cas, fera préférer cet ingénieux et simple moyen à la suture entortillée, dont on connaît les inconvénients, surtout vers le quatrième ou le cinquième jour. Ce n'est pas ici le lieu de décrire la suture du savant chirurgien de Gaillac; j'y reviendrai plus tard, soit dans cet ouvrage, soit dans le Traité de médecine opératoire que je vais publier.

Si la position et les bandages sont mis en usage simultanément pour obtenir des cicatrices avantageuses, l'action des bandelettes agglutinatives peut aussi être aidée par celle d'un appareil convenable, afin d'atteindre le même but. On verra dans la *Gazette des Hôpitaux* qu'à l'aide d'un morceau de diachylon convenablement taillé, de charpie, de compresses et du

bandage monocle, nous sommes parvenus à empêcher des paupières dont la face antérieure était brûlée, même au quatrième degré, de se renverser en avant. La position ne doit pas toujours être négligée; elle est de quelque utilité lorsque la solution de continuité siége sur les parties antérieures et latérales de la face. Je signale ces préceptes, qui semblent avoir été oubliés par les auteurs.

Les bourgeons charnus prennent presque toujours un grand développement, surtout après la chute des escarres : d'où naissent tantôt des tubercules de cicatrice qui occasionnent de la difformité, tantôt des brides qui, à ce dernier inconvénient, joignent celui de gêner les mouvements. Est-il besoin de dire que des cautérisations très-fréquentes éviteront ces accidents; qu'avec elles, on obtiendra des cicatrices lisses, polies, qui ne dépasseront pas le niveau des autres points des téguments? Ainsi, il est vrai, on retardera la guérison; mais, entre deux inconvénients, il faut choisir le moindre.

Lorsque la perte des tissus est très-considérable, ou quand le sujet est très-faible, on pourrait, en touchant fréquemment l'ulcère, empêcher sa cicatrisation; les indications serviront encore ici de guide aux praticiens.

Dans les cas où les muscles sont largement et profondément intéressés par les escarres, dans ceux où ils sont détruits dans toute leur épaisseur, après avoir

employé les moyens propres à faire tomber les tissus frappés de mort, on se borne à mettre la partie malade dans la position la moins désavantageuse possible.

Ici, comme à l'occasion de la pustule maligne, nous renvoyons ailleurs la question de l'amputation des membres, cette question nous paraissant devoir être traitée dans un article à part, où des lois seront établies sur la généralité des faits.

Mais la négligence ou l'impéritie dans les pansements peuvent produire des cicatrices vicieuses; la pratique, dans les hôpitaux, en fournit surtout fréquemment la preuve : nous en avons en ce moment (7 juin 1841) quatre exemples dans notre division, à la Pitié. Ces difformités sont très-variées : pour en donner une idée exacte, je vais emprunter les passages suivants à l'illustre Dupuytren, qui a d'ailleurs si bien et tant élargi le domaine des brûlures.

Il a vu sur différents sujets :

« Tous les téguments de la base du crâne, et avec
» eux les oreilles et les sourcils, tirés en haut par une
» cicatrice qui avait eu lieu par rapprochement sur le
» sommet de la tête; le sourcil et la paupière supérieure
» tenus élevés et immobiles par une cicatrice placée
» sur le front; les paupières bridées, rétrécies et ren-
» versées en dehors par des cicatrices placées à la base
» de l'orbite ou sur leur face antérieure; leurs commis-
» sures tirées en dehors ou en dedans par des cicatrices

» placées sur la tempe ou vers la racine du nez; l'aile
» de celui-ci relevée par une cicatrice placée au-dessus;
» l'ouverture antérieure des narines oblitérée; la com-
» missure des lèvres tirée en haut, en bas ou en dehors
» par des cicatrices placées sur divers points de la joue;
» la lèvre supérieure unie à la cloison du nez; l'in-
» férieure unie au menton et incapable de s'opposer à
» l'écoulement de la salive au dehors; les oreilles
» adhérentes aux tempes, leur ouverture rétrécie par
» des cicatrices qui réunissaient quelques-unes de leurs
» éminences; la tête fléchie sur la poitrine par une
» cicatrice placée à la partie antérieure du cou; la
» saillie du menton effacée, et celui-ci réuni au cou
» ou à la partie supérieure du thorax, par des adhé-
» rences toujours accompagnées de brides très-sail-
» lantes, à cause de l'irritation continuelle déterminée
» par les mouvements de mastication; la peau du cou
» adhérente au cartilage thyroïde ou à l'os hyoïde, et
» une gêne plus ou moins grande dans la déglutition
» et un enrouement incurable résulter de cette adhé-
» rence; la tête inclinée et l'épaule élevée par une
» cicatrice placée sur les côtés du cou; les seins horri-
» blement déformés chez quelques jeunes filles, n'ayant
» pu se développer à l'époque de la puberté et servir
» à l'allaitement; le tronc incliné en avant par des
» brides qui s'étendaient du thorax à la partie anté-
» rieure de l'abdomen; l'épaule abaissée vers la hanche,
» et celle-ci relevée par une cicatrice occupant la partie

» latérale du corps; le coude appliqué au tronc par une
» cicatrice au creux de l'aisselle, laquelle se transfor-
» mait en une bride représentant une sorte de nageoire,
» lorsqu'on essayait de porter ce bras dans l'abduction;
» l'avant-bras fléchi sur le bras par une cicatrice placée
» soit à la partie antérieure et inférieure du bras, soit
» à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras;
» le poignet fléchi ou étendu sur l'avant-bras par des
» cicatrices placées à la partie inférieure de celui-ci ou
» sur la partie la plus voisine de la main; les doigts
» fléchis ou étendus et unis entre eux par des cica-
» trices placées à la paume ou sur le dos de la main et
» qui semblaient envelopper toutes les parties comme
» une espèce de gant; le pénis appliqué à la ligne
» blanche par une cicatrice qui formait, en l'envelop-
» pant, une espèce de fourreau analogue à celui des
» quadrupèdes, ou incliné latéralement et uni aux
» bourses par une adhérence contre nature; celles-ci
» appliquées aux cuisses; la cuisse retenue dans la
» flexion par une cicatrice placée à l'aine, et qui, peu
» apparente lorsque le membre restait en repos, se
» transformait en une bride très-saillante au moindre
» mouvement d'extension; l'anneau inguinal affaibli
» par une cicatrice placée au-devant de lui, et une
» hernie produite par cette cause, avec cette circon-
» stance remarquable, qu'une bride placée à côté, et
» qui paraissait à peine quand la cuisse était fléchie,
» devenait tellement saillante lorsque le membre était

» étendu, qu'elle éludait l'action du bandage et qu'on » fut obligé de la couper pour pouvoir contenir la » hernie; la jambe fléchie sur la cuisse par des brides » placées sur les côtés du jarret; les pieds renversés en » dedans ou en dehors par des cicatrices, suite de » brûlures survenues dans le jeune âge et qui avaient » occupé les côtés correspondants de la jambe et du » pied; les orteils renversés sur le cou-de-pied par des » cicatrices placées sur cette partie, ou fléchis par des » brides placées près de la plante du pied, et leur pointe » ou même leur face dorsale correspondre au sol, cir- » constance qui rendait la marche tout à fait intolé- » rable, etc.

» La plupart de ces cas se sont offerts plusieurs fois » à M. le professeur Dupuytren; cependant on sent » que certains d'entre eux doivent être beaucoup plus » fréquents que les autres; qu'ainsi, par exemple, les » brûlures de la main se rencontrent beaucoup plus » souvent que celles qui occupent les autres régions du » corps, à cause de l'instinct machinal qui nous entraîne » à porter les mains en avant quand quelque accident » nous menace; qu'après celles-ci viennent successive- » ment, pour la fréquence, celles de la face, celles des » membres inférieurs et celles du tronc. » (*De la Médecine opératoire*, par R.-B. Sabatier, nouvelle édition faite sous les yeux de M. le baron Dupuytren, 1822.)

Lorsque la cicatrice est constituée par des tubercules, des mamelons, tantôt isolés, tantôt groupés, une opé-

ration n'est pas toujours nécessaire pour effacer ces mamelons ; on a recours à la compression, qui réussit presque toujours, à moins que la saillie ne soit trop développée ; appliquée un peu fort sur le tissu inodulaire récent, elle pourrait l'altérer ou le détruire.

Une actrice distinguée de la scène française fut affectée dans l'âge adulte d'une variole confluente qui lui mutila la figure ; des cicatrices multiples offrant des mamelons séparés par des enfoncements légers s'y montraient ; elle eut la patience de porter, durant près de six mois, un masque avec lequel elle comprimait sa face, pendant la nuit et pendant la plus grande partie de la journée : les cicatrices saillantes s'effacèrent, les dépressions s'aplanirent et la figure recouvra presque toute sa beauté. Quand on promenait le bout des doigts indicateur et médius sur la peau, elle donnait la sensation d'une surface lisse et même polie, mais on sentait dans l'épaisseur des téguments, et peut-être aussi sous eux, des indurations qui semblaient avoir été enfoncées dans les tissus : ici elles étaient isolées, là on les trouvait réunies.

Il vient encore à la consultation de l'hôpital de la Pitié un enfant de douze à treize ans, qui portait, sur la peau recouvrant la pommette, une cicatrice scrofuleuse de la largeur d'une pièce de deux francs ; elle s'élevait au moins d'un centimètre (un tiers de pouce) au-dessus du niveau des téguments qui l'en-

vironnaient. Nous avons établi, faute de moyens plus convenables, la compression avec de l'agaric et des circulaires de bandes : six semaines ont suffi pour amener cette cicatrice au niveau de la peau.

Nous avons montré, la semaine dernière, dans la salle de consultation de l'hôpital de la Pitié, une jeune personne affectée, sur la partie antérieure et supérieure de la poitrine, d'une cicatrice offrant la largeur d'une pièce de quarante francs environ.

Le tissu inodulaire, qui, comme dans le cas précédent, datait de plus de six mois, offrait une saillie au moins de six millimètres (environ deux lignes et demie) : nous avons eu recours au moyen indiqué ci-dessus; en une vingtaine de jours, nous avons fait disparaître le mamelon dont nous venons de parler.

La compression concourt souvent, d'une manière très-efficace, à dissiper la rougeur que présentent ordinairement les cicatrices récentes.

Suivant la résistance offerte par la maladie, la compression est plus ou moins énergique : on emploie souvent des plaques de plomb; mises quelquefois à nu, elles sont d'autres fois enveloppées d'un linge.

La compression réussit d'autant mieux qu'on y a recours à une époque qui n'est pas très-éloignée de celle où la cicatrice s'est formée.

On met en usage, selon les localités, un bandage simple ou de petits appareils, dans le genre de ceux

que nous a souvent confectionnés M. Absil, mécanicien distingué.

La compression doit être continuée quelque temps après qu'on a obtenu l'affaissement du tubercule constitué par la cicatrice; il suffit d'abord de porter l'appareil la nuit; plus tard, on l'emploie quelques heures seulement.

La saillie formée par le tissu inodulaire résiste à la compression; on l'enlève, au niveau des téguments, à l'aide d'un couteau mince, à deux tranchants, qu'on introduit à plat sous sa partie moyenne et qu'on fait ensuite marcher à droite et à gauche pour en détacher les bords en rasant la peau. On maintient écartées les lèvres de la plaie. La cautérisation est souvent pratiquée, afin d'empêcher la solution de continuité de s'élever au-dessus des téguments. Cette manière d'opérer, conseillée par Dupuytren, est excellente; elle doit être adoptée; mais elle n'est pas applicable lorsqu'on doit opérer dans un enfoncement.

Il faut attendre, pour opérer les cicatrices, que quelques mois, ou même une année, se soient écoulés depuis la guérison de la plaie, à moins qu'on ne veuille enlever complétement le tissu inodulaire. Dupuytren a vu, quand on ne suivait pas ce précepte, la perte de substance se reproduire par suite de la destruction de tout le tissu nouvellement formé : on sait qu'il est d'abord mal organisé, qu'il se déchire souvent d'une ma-

nière spontanée ou sous l'influence de la cause la plus légère. Cet accident arrive quelquefois même quand il s'agit de cicatrices anciennes. Un enfant de quatorze ans, couché en ce moment (7 juin 1841) au n° 30 de la salle Saint-Antoine, nous a fourni la preuve de cette dernière assertion. La destruction des tissus a pénétré dans l'articulation de la phalange avec la phalangine du doigt indicateur; sur le pouce, sur le médius, sur l'annulaire et sur l'auriculaire, elle s'est bornée superficiellement; tout annonce qué l'opération y réussira parfaitement et d'autant mieux que toute l'étendue du tissu inodulaire paraît avoir été détruite.

On connaît la facilité extrême avec laquelle la cicatrice attire la peau de la circonférence au centre, dans les plaies de la face; c'est surtout ici qu'on ne devra pas tenter une opération, si le tissu inodulaire est très-profond et assez large; on s'exposerait alors d'une manière certaine à produire une plus grande difformité.

Lorsque la cicatrice offre des circonstances différentes de celles que nous venons d'énoncer, nous avons obtenu des succès complets contre le renversement en avant des paupières, sans avoir recours à l'autoplastie. Nous avons mis en usage les pièces d'appareil indiquées plus haut, à l'occasion de la brûlure de ces voiles mobiles. (Voyez la *Gazette médicale de Paris*, 1832, pages 547 et 647.)

On n'opérera pas si les articulations sont affectées

d'ankylose vraie, si les muscles et les tendons sont détruits. Toutefois on s'écarte de cette règle : 1° lorsqu'on peut corriger facilement une grande difformité, mais il est indispensable que le malade qui désirera ardemment l'opération soit bien averti de ses résultats; 2° lorsque, par exemple, la jambe sera tenue dans la position à demi fléchie par un tissu inodulaire profond et assez large, que l'ankylose vraie n'existera pas, que les muscles et les tendons seront détruits, et qu'il sera impossible de rendre au membre ses mouvements: on l'étendra et on le maintiendra dans cette position, avec les précautions recommandées par l'art; il la conservera, et le malade s'en servira. Disons toutefois que la cicatrice peut avoir alors une telle étendue qu'on ne doit pas l'attaquer.

La cicatrice, comme je l'ai vu sur la paupière inférieure renversée, peut n'adhérer aux tissus normaux que par ses deux extrémités, et former ainsi une espèce de pont sous lequel la sonde passe facilement. On coupe alors sur les points adhérents du tissu inodulaire; ainsi on l'enlève, puis la position, les bandages et les cathérétiques sont employés : on réussit.

Il n'est pas vrai de dire que si la cicatrice n'intéresse que la peau, sa section est en général une opération *assurée;* la plupart des chirurgiens modernes pensent le contraire lorsque le tissu inodulaire est large; l'expérience a malheureusement sanctionné cette proposition.

La cicatrice est-elle étroite, saillante, on pratique plusieurs incisions sur elle ; ces solutions de continuité la divisent transversalement dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur : Dupuytren préconise ce moyen, il m'a souvent réussi. (Voyez la *Gazette des Hôpitaux*.)

Si pour étendre les parties, à la suite de la section de la cicatrice, il ne faut que de légers efforts, on les met sur-le-champ dans une position convenable ; mais si elles ont acquis beaucoup de rigidité, on leur donne peu à peu cette position ; une conduite opposée produirait des douleurs très-violentes et dangereuses ; elle exposerait à des déchirements, à des inflammations aiguës, même à la gangrène et à la perte des doigts par exemple, comme on l'a observé quelquefois. L'orthopédie, en imaginant des machines qui agissent d'une manière lente et graduée, rend souvent ici de grands services.

En pratiquant la section des cicatrices aux doigts, il est important de mettre toute l'attention possible à ménager les artères collatérales ; ainsi on sera moins exposé à la gangrène ; il faut aussi, pour éviter ce grave accident, ne pas exercer sur le membre des pressions capables de gêner la circulation qui se fait déjà d'une manière incomplète. Je fais appliquer, sur le bout du doigt, la partie moyenne d'une bande étroite dont les deux chefs sont ramenés en arrière, et viennent se fixer sur la digitation correspondante de l'attelle située de ce côté.

Pour obtenir une cicatrice avantageuse, on met en usage tous les moyens de l'art que nous avons indiqués ; on n'hésite pas à détruire, aussitôt qu'elles sont formées, les brides secondaires qui se développent quelquefois.

Si vous incisez seulement les cicatrices larges qui pénètrent dans le tissu cellulaire sous-cutané, votre opération sera souvent inutile, ou bien vous n'obtiendrez que des résultats incomplets.

Si le tissu inodulaire n'est pas trop étendu, et que vous ne craigniez pas une trop grande plaie, qui pourrait compromettre les jours du malade, disséquez ce tissu, enlevez-le entièrement, ayez recours à une position convenable des parties, aidez son action par les bandages ou par des machines appropriées ; cautérisez souvent, vous devrez réussir. En employant les mêmes moyens avant que la cicatrice vicieuse soit formée, nous l'avons dit, vous l'évitez; pourquoi ne seriez-vous pas aussi heureux quand elle sera détruite, et lorsque vous aurez mis ainsi la plaie dans les conditions où elle était avant la formation de cette cicatrice ?

Parmi les faits nombreux que nous possédons pour prouver qu'on évite les cicatrices vicieuses, nous en citerons un très-remarquable, le voici : Dumas François, âgé de vingt-trois ans et d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital de la Pitié, affecté d'une vaste brûlure ; il est résulté de la chute des escarres une plaie occupant

la face antérieure de l'articulation radio-carpienne et s'étendant à trois centimètres (un pouce) au-dessus et au-dessous de l'article; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané étaient détruits dans toute leur épaisseur; les moyens indiqués par l'art ont été employés : nous avons obtenu une large cicatrice lisse et polie, qui permet au membre la liberté entière et facile de tous ses mouvements. Nous avons fait séjourner cet homme quinze jours à l'hôpital après sa guérison, il en est sorti depuis quelques semaines.

Mais la cicatrice est extraordinairement étendue en surface, elle pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané; il n'est pas permis même de l'inciser et à plus forte raison de l'enlever.

Lorsqu'une ouverture naturelle est rétrécie, on conseille de l'élargir à l'aide d'incisions pratiquées sur plusieurs points de sa circonférence; cette opération offre beaucoup de chances de succès, si la cicatrice est superficielle; si au contraire elle est large et profonde, il est presque toujours inutile d'opérer. Une femme couchée en ce moment à l'hôpital de la Pitié est affectée d'un rétrécissement du vagin qui siége à cinq centimètres (un pouce et demi environ) au-dessus de l'extrémité inférieure de ce canal : la cicatrice qui occasionne la maladie offre les dernières conditions que nous venons d'indiquer. M. Blandin a incisé le tissu inodulaire, il a échoué : je n'ai pas été plus heureux. Il nous serait facile de citer un grand nombre de faits de ce genre. Ils

exigent, quand les localités le permettent, qu'on enlève entièrement la cicatrice, à moins qu'elle ne soit trop étendue.

L'oblitération de l'anus, de la bouche, etc., est-elle complète, on rétablit ces ouvertures avec l'instrument tranchant; on se sert du trocart comme moyen explorateur.

De quelque manière qu'on ait pratiqué l'opération, il est indispensable de placer, dans les conduits qui viennent d'en être le siége, des mèches de charpie ou des sondes dont le volume offre un diamètre beaucoup plus étendu que la capacité normale de ces conduits : on y laisse ces corps étrangers, non-seulement jusqu'à complète guérison, mais encore longtemps après qu'elle a été obtenue. Ces ouvertures ont une tendance extrême à se rétrécir de nouveau, lorsqu'on cesse de les dilater, surtout quand on a opéré sur des cicatrices et quand on ne les a pas enlevées.

Nous avons dit ailleurs que toutes les cicatrices nouvelles, qu'elles soient primitives ou secondaires, se rétrécissent à mesure qu'elles vieillissent et qu'elles s'organisent mieux; de là la nécessité, lorsqu'on a à craindre une difformité ou la gêne des mouvements, d'employer, longtemps après la formation du tissu inodulaire, les moyens qu'on a mis en usage pendant l'existence de la plaie.

Il existe une autre méthode pour remédier aux cicatrices vicieuses : après avoir enlevé le tissu inodu-

laire, on dissèque, si besoin est, les bords de la solution de continuité; on les met en contact, on les y maintient à l'aide de points de suture; ainsi on obtient une réunion immédiate : si la cicatrice ancienne est superficielle, si elle est étroite, si la peau offre assez d'ampleur, on réussit parfaitement, comme je l'ai vu sur la surface antérieure des doigts, sur la région antérieure du cou, etc. D'autres fois on fait de l'autoplastie, parce qu'il est souvent impossible de réunir la plaie, parce que, si on le pouvait, on produirait la gêne ou l'impossibilité des mouvements des parties.

Cette méthode, que j'appelle moderne, ne doit pas être exclusivement adoptée; elle n'est pas applicable quand le tissu inodulaire est très-large et très-profond. Il n'est pas toujours permis d'ailleurs de faire de l'autoplastie.

La méthode ancienne a aussi ses avantages; je les ai signalés plus haut; il ne faut donc pas la rejeter entièrement, comme le font quelques chirurgiens trop exclusifs, quoique d'ailleurs très-distingués. On doit encore faire ici de l'éclectisme; car ces deux méthodes sont avantageuses suivant les indications : pour moi et pour un grand nombre de praticiens, cette opinion est basée sur des faits contre la brutalité desquels on ne peut rien opposer.

Quelques personnes blâment singulièrement, à tort, la méthode ancienne. Il vint, il y a quelques années, à l'hôpital de la Pitié, un malade dont les doigts in-

dicateur et médius étaient aux trois quarts fléchis, sur la paume de la main, par des brides de cicatrices. On mit en usage le procédé moderne sur l'un de ces doigts; j'employai l'ancien sur l'autre; la guérison des plaies résultant de mon opération fut la plus prompte; un succès complet couronna d'ailleurs les deux méthodes. Ce malade a été présenté à l'Académie royale de médecine.

La paupière inférieure, le nez, une partie des joues, etc., sont-ils détruits, l'art possède des moyens pour réparer ces déperditions de substances. J'ai montré à l'Académie un malade sur lequel j'ai refait de toutes pièces, avec succès, une lèvre supérieure par un procédé que j'ai imaginé.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS

SUR LA SAIGNÉE DU BRAS.

L'anatomie chirurgicale, autrefois si négligée, et cultivée aujourd'hui avec tant de succès, est la source féconde où la médecine opératoire ira toujours puiser : je vais en ournir quelques nouvelles preuves. Il semblait que

depuis Lafaye la saignée du bras ne devait, pour ainsi dire, plus être suivie d'accidents fâcheux; cependant il est des exemples, même récents, de lésion de l'artère humérale; j'en ai observé deux cette année; rien n'est plus commun que de voir se développer, à la suite de cette opération, des phlegmasies violentes quelquefois mortelles et des douleurs intenses, produites par la blessure des filets nerveux qui accompagnent les vaisseaux : nous sommes convaincu qu'en suivant les principes que nous allons établir, le phlébotomiste n'ouvrira pas l'artère brachiale, et qu'il exposera beaucoup moins souvent les malades au danger de la piqûre des nerfs.

Anatomie chirurgicale.

Veine céphalique : arrivée vers l'articulation cubito-humérale, elle gagne le côté externe et un peu postérieur de l'avant-bras, qu'elle longe jusqu'à l'espace placé entre le premier et le second os du métacarpe : cette veine fournit au niveau du pli du bras, 1° *la radiale superficielle*, qui, couchée sur les muscles long-supinateur et radiaux externes, descend le long de la partie antérieure et externe de l'avant-bras, jusqu'au poignet; 2° *la médiane céphalique*; elle se dirige en dedans, forme avec l'axe du membre un angle qui offre beaucoup de variétés; elle longe ordinairement le côté externe du tendon du biceps, passe sur le nerf

musculo-cutané, et vient au milieu du pli du bras s'anastomoser avec la veine médiane basilique.

Veine basilique : elle est plus grosse que la céphalique; arrivée vers la tubérosité interne de l'humérus, elle fournit la *médiane basilique* et les *deux cubitales superficielles*, distinguées en externe et en interne.

La médiane basilique se porte en dehors, croise sous des angles variés, selon les sujets, le tendon du biceps et l'artère brachiale; elle s'anastomose avec la veine médiane céphalique : de cette union partent deux branches, une profonde, dont nous ne devons pas nous occuper, l'autre superficielle; c'est *la médiane moyenne*, qui, ordinairement couchée sur l'interstice formé par les muscles long-supinateur et rond-pronateur, descend jusqu'à la main.

La veine cubitale externe, presque toujours assez petite, longe la partie interne et antérieure de l'avant-bras, et s'étend jusqu'à sa partie inférieure.

La cubitale interne, qui paraît être la continuation de la basilique, descend le long de la partie interne de l'avant-bras, gagne sa face postérieure, et s'avance jusqu'à la partie interne de la face dorsale de la main.

Plus souvent qu'on ne l'a pensé, l'artère cubitale est sous-aponévrotique dans toute l'étendue de son trajet : l'artère radiale offre beaucoup plus rarement la même anomalie.

Quelquefois l'artère humérale est située beaucoup

plus près de la tubérosité interne de l'humérus que les anatomistes ne l'ont indiqué. J'ai vu, dans mes cours de médecine opératoire, trois sujets chez lesquels elle siégeait sur la partie interne et inférieure du bras, et se recourbait presque à angle droit pour venir se rendre sur la région antérieure et moyenne de l'articulation cubito-humérale : ce vaisseau offre une disposition presque semblable sur l'un de mes prosecteurs.

D'après ces données, il faudra s'assurer si ces anomalies n'existent pas; on se livrera aux recherches nécessaires avant d'appliquer la ligature, qui diminuerait ou ferait cesser les pulsations de l'artère, et empêcherait de constater les variétés anatomiques.

J'ai rencontré un sujet sur lequel un de mes élèves ne pouvait pas trouver l'artère humérale vers la partie inférieure du bras; je m'aperçus, en la cherchant, qu'elle était couverte dans l'étendue de trois travers de doigt au-dessus de l'articulation par le faisceau musculaire superficiel et interne de l'avant-bras : ce faisceau se prolongeait jusqu'à la hauteur que je viens d'indiquer. La pièce dessinée par mon prosecteur, M. Ziégler, fait partie de la belle collection des variétés anatomiques recueillies par M. Serres à l'amphithéâtre de l'école des hôpitaux de Paris.

Il suffit d'avoir indiqué ces anomalies pour qu'elles n'embarrassent plus quand on devra pratiquer la saignée ou faire la ligature de l'artère brachiale.

On trouve tantôt plus, tantôt moins de veines que nous

ne l'avons indiqué. Les gens du monde savent même que la direction, le nombre et le volume de ces vaisseaux offrent beaucoup de variétés; mais un fait remarquable et très-important, c'est que plus les veines sont près du côté externe du membre, moins on rencontre auprès d'elles de filets nerveux.

Le nerf musculo-cutané ne se dégage d'entre les muscles brachial antérieur et biceps qu'à la moitié de la hauteur du tendon de ce dernier muscle; au-dessus de ce point, je n'ai jamais trouvé de filet nerveux autour de la veine médiane céphalique.

Il résulte des faits anatomiques énoncés : 1° que la partie supérieure de la veine médiane céphalique est le point le plus avantageux pour pratiquer la saignée; 2° que chez les sujets dont le système musculaire est assez développé, le long-supinateur couvrant, pendant la pronation de l'avant-bras, le nerf musculo-cutané et le tendon du biceps, l'on peut saigner plus bas; 3° que dans le cas où les muscles seraient minces, la pronation ne remplirait pas le but que nous venons d'atteindre, si, à cette première position que nous avons donnée au membre, l'on n'unissait pas une légère demi-flexion; 4° lorsqu'on ne pourra pas ouvrir la médiane céphalique, l'on donnera la préférence : 1° à la continuation de la céphalique; 2° à la radiale superficielle; 3° à la médiane moyenne. Mais n'omettons pas de faire observer que si cette dernière rampait sur l'interstice musculaire formé par les muscles long-supinateur et

rond-pronateur, elle serait toujours adossée à des filets nerveux dont la lésion deviendrait presque inévitable ; que chez les sujets dont les muscles sont peu développés, l'artère radiale, située alors immédiatement sous l'aponévrose antibrachiale, pourrait être lésée : or cette veine ne sera ouverte que si elle siége en dehors ou en dedans de l'espace intermusculaire indiqué.

Le grand nombre de filets nerveux qui accompagnent les veines cubitales semblent ne pas devoir permettre de les ouvrir : ne peut-on pratiquer la saignée que sur elles ou sur la veine médiane basilique? Nous préférons encore ordinairement la phlébotomie faite sur ce dernier vaisseau, d'après les principes que nous allons établir.

Toutes les fois que nous nous sommes occupé de la saignée dans nos cours de médecine opératoire, nous avons prié MM. les élèves dont la veine médiane basilique avait été ouverte, de nous la montrer ; nous avons toujours vu avec étonnement la cicatrice résultant de l'opération siéger sur le point où cette veine croise la direction de l'artère ; pourquoi la phlébotomie est-elle pratiquée sur ce lieu ? C'est parce que la médiane y est plus saillante ; mais il est évident que ce vaisseau pouvant être senti dans l'endroit dont nous venons de parler, l'on peut très-bien aussi constater sa présence soit en dehors, soit en dedans de l'artère humérale.

La veine médiane basilique doit être ouverte en dehors de l'artère.

Lorsque l'anastomose de cette veine avec la médiane céphalique se fait trop près du condyle interne de l'humérus, on saigne la médiane basilique en dedans du tube artériel : il est vrai qu'on peut blesser le nerf médian, mais sa lésion produirait des accidents moins graves que celle de l'artère.

Plus l'angle formé par la veine médiane basilique avec l'axe de l'artère humérale se rapproche de l'angle droit, plus les principes que nous venons d'établir seront faciles à mettre en pratique. Quand cette veine descend presque parallèlement à l'humérus, elle rampe dans beaucoup de cas sur le corps du biceps et sur son tendon ; toujours alors son anastomose avec la médiane céphalique est située plus en dedans.

Les manches des vêtements que portent les femmes, surtout à la campagne, sont souvent extrêmement étroites; l'opérateur se contente ordinairement de les retrousser; il applique la ligature, pratique la saignée, et un instant suffit pour que le sang cesse de couler : j'ai vu alors de jeunes chirurgiens se disposer à faire une seconde phlébotomie. On évite cet inconvénient lorsqu'on fait déshabiller les malades.

Le chirurgien renoncerait moins souvent à la saignée du bras, lorsqu'il est difficile de reconnaître la présence des vaisseaux, si la ligature restait plus longtemps appliquée, une demi-heure, et même une heure, et si pendant son application le malade contractait fréquemment les muscles de l'avant-bras. Cette sim-

ple précaution réussit quelquefois parfaitement bien.

Quant au bain dans lequel on plonge le membre, on ne le mettra en usage que dans le cas où l'on aura épuisé toutes les autres ressources; car s'il est quelquefois avantageux, il a d'autres fois l'inconvénient de rougir la peau, de la tuméfier, ainsi que le tissu cellulaire, et de masquer davantage les vaisseaux.

Les veines sous-cutanées, surtout celles du membre abdominal, contiennent beaucoup moins de sang le matin, lorsque les malades sont encore au lit et qu'ils y ont passé la nuit : la saignée peut alors être difficile à pratiquer. Il faut tâcher de les faire lever et de leur faire prendre un peu d'exercice.

Le phlébotomiste pratique souvent des saignées blanches, ou bien il traverse le vaisseau de part en part, chez les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint : cet accident tient à ce qu'il opère avec trop de précipitation; il faut au contraire que l'instrument pénètre avec lenteur dans les tissus; on sentira ainsi le défaut de résistance fourni par la lancette lorsqu'elle arrivera dans la capacité de la veine, et l'on verra le sang monter le long de sa lame. Avec ces précautions on ne doit pas craindre de pénétrer trop profondément, si, comme on le conseille partout, on a préalablement bien senti et bien assujetti le vaisseau.

On sait que la lésion des tendons et des aponévroses n'est dangereuse qu'autant que la pointe de la lancette les traverse, et atteint le tissu cellulaire sous-jacent dans

lequel il peut se développer une inflammation par étranglement.

Les femmes du peuple, qui exercent beaucoup leurs membres thorachiques, et qui sont très-grasses, sont ordinairement faciles à saigner; ce n'est pas seulement parce qu'elles ont les vaisseaux volumineux, mais bien encore parce que leurs avant-bras ne sont pas en rapport avec le développement du reste de leur économie; il semble que les pressions fréquentes exercées par les muscles en contraction sur le tissu cellulaire antibrachial sous-cutané sont la cause de son espèce d'atrophie relative.

Nous nous sommes convaincu, par le grand nombre de cadavres que nous avons eus à notre disposition, que le volume des vaisseaux est en rapport avec le développement du système musculaire; or, chez les femmes qui n'ont presque pas de muscles, et qui vivent dans la mollesse, les veines, recouvertes par un tissu cellulaire assez abondant, sont presque aplaties et très-difficiles à ouvrir sans qu'on les transperce; c'est alors que la médiane basilique, collée pour ainsi dire à l'artère humérale, exposerait beaucoup à la lésion de cette dernière, si l'on ne suivait pas les données que nous avons établies plus haut.

Mais l'opérateur vient de faire une saignée blanche; il doit, avant de se décider à pratiquer une seconde incision sur la peau, recourir aux moyens suivants : 1° le chirurgien s'assurera si la solution de continuité

des téguments est placée sur la veine qu'il voulait ouvrir; dans ce cas il dira au malade, pour le tranquilliser, qu'un morceau de graisse empêche le sang de couler, et il reportera, sans déplacer la peau, son instrument dans la solution de continuité. Je n'ai pas besoin de dire que la lancette pénétrant plus profondément ouvrira le vaisseau; ainsi l'on évitera le désagrément d'une double piqûre. 2° Dans le cas où la plaie pratiquée sur les téguments ne correspondrait pas au vaisseau, on la déplacerait, on tâcherait de la ramener sur la veine, et l'on se comporterait comme nous venons de le dire. Ce moyen m'a souvent réussi.

Très-fréquemment une saignée générale est indispensable; cependant, il est impossible de voir et de sentir les veines de la jambe, du pied, du poignet, de l'avant-bras, du bras et du cou : on renonce alors à la phlébotomie, malgré tous ses avantages; on sait qu'elle ne peut pas toujours être remplacée par l'artériotomie : mais la veine céphalique rampe constamment sur l'interstice formé par les muscles deltoïde et grand-pectoral : ne pourrait-on pas la mettre à découvert et l'inciser dans une très-petite étendue? L'opération est très-facile : l'on pratiquerait une incision d'environ trois centimètres (un pouce) de longueur, parallèlement à l'axe de l'humérus, et à un travers de doigt en dedans du sommet de l'apophyse coracoïde; après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire, l'on aperçoit le vaisseau.

Toutes les fois qu'on le pourra, on pratiquera la saignée au-dessous des cicatrices que présentera une veine : l'anatomie pathologique a montré qu'elles rétrécissent souvent les vaisseaux, et qu'elles les oblitèrent même quelquefois. Quelques praticiens pensent qu'il ne faut jamais pratiquer la phlébotomie sur ces cicatrices; ils avancent qu'elle ne réussit pas : je l'ai vue, dans un grand nombre de circonstances, fournir alors la quantité de sang qu'on désirait obtenir : d'où je conclus que, quand on ne peut pas saigner ailleurs, on doit ouvrir la veine sur le point où déjà même plusieurs fois elle a été le siége de solutions de continuité.

Veut-on faire servir la même plaie à une nouvelle saignée, on conseille de mettre un corps gras entre les bords de la solution de continuité, et d'appliquer ensuite le bandage destiné à arrêter le sang. Lorsqu'on désire qu'il coule de nouveau, on lève l'appareil, on réapplique la ligature, et si les bords de la petite plaie ont commencé à se cicatriser, c'est en exerçant sur eux de légères tractions en sens opposé que l'on rompt leur faible adhérence; des frictions, et ensuite de légères percussions, concourent au but que l'on se propose d'atteindre. Le raisonnement et l'expérience démontrent que toutes ces manœuvres peuvent faire développer une phlébite : j'aimerais mieux pratiquer sur la veine une nouvelle ouverture. Beaucoup de chirurgiens ont l'habitude de porter un stylet dans le vaisseau, pour produire ou pour faciliter l'écoulement du sang : d'après

les expériences de Chaussier, qui a démontré la sensibilité de la face interne des veines, ce moyen est fort dangereux; il doit être essentiellement rejeté.

Je ne terminerai pas ces considérations sur la saignée sans entrer dans quelques détails sur les effets de cette opération. Je pense qu'ils ne sont pas assez généralement connus. Chez les femmes, les pertes de sang se réparent avec une facilité extraordinaire : il faudra, en général, les saigner plus souvent, et compter davantage sur le régime que sur les évacuations sanguines.

Lorsqu'une phlegmasie aiguë succède à une inflammation chronique, et que les premières saignées ont beaucoup déprimé le pouls et affaibli le malade, ordinairement on ne saigne plus, quoique la maladie persiste; car l'expérience a prouvé qu'alors la déplétion sanguine a le grave inconvénient de diminuer les ressources que la nature possède contre l'affection morbide. La phlegmasie a-t-elle désorganisé les tissus sur lesquels elle siége, la saignée et la diète sont les moyens les plus sûrs de faire succomber promptement les malades : il faut donc se défier de la prédilection empirique qu'ont alors beaucoup de médecins pour les évacuations sanguines.

L'on a observé que les saignées réussissaient beaucoup mieux contre l'inflammation du poumon droit que contre celle du poumon gauche. Il est facile de se convaincre, en lisant les ouvrages de Bayle, de Portal, de Baumes et de Laennec, que la péripneumonie du

côté gauche passe plus souvent à l'état chronique.

En général, les phlegmasies sus-diaphragmatiques cèdent plus facilement à la phlébotomie que les inflammations sous-diaphragmatiques.

Une inflammation est quelquefois tellement violente, que toutes les propriétés vitales semblent se concentrer vers l'organe affecté; alors le malade est plongé dans un état de faiblesse extrême que les anciens ont bien désigné sous le nom d'*oppressio virium*, et qui n'en impose jamais au médecin clinique : ici la saignée est d'une rigoureuse nécessité pour prévenir une mort presque immédiate, ou des transformations organiques funestes.

Il serait presque inutile de dire que la saignée générale est préférable quand il s'agit des inflammations des organes parenchymateux, et que la saignée locale doit, au contraire, être mise en usage contre les phlegmasies des tissus membraneux, qui sont plus immédiatement sous l'influence de la circulation capillaire; toutefois, lorsque le sujet est fort et robuste, et que les accidents inflammatoires sont très-développés, il faut préalablement recourir à la phlébotomie.

RÈGLES GÉNÉRALES

POUR LA LIGATURE DES ARTÈRES,

SUIVIES

DE QUELQUES OBSERVATIONS.

Avant d'exposer les observations que renferme ce chapitre, il n'est peut-être pas inutile d'établir ici les règles générales des ligatures des artères : ce point important de la science avait été traité fort incomplétement; il suffit, pour s'en convaincre, d'ouvrir les annales de l'art : M. le docteur Taxil s'en est occupé dans sa thèse inaugurale soutenue à l'École de Paris en 1822; il y a donné l'analyse de mes leçons. M. le docteur Avenel (V. *Revue médicale* et *Journal de Clinique*, mars 1828) a traité le même sujet : les idées renfermées dans son Mémoire ont aussi été puisées à ma clinique : M. Malgaigne en a donné une analyse dans son *Manuel de Médecine opératoire*.

Instruments nécessaires à la ligature d'une artère :

bistouris droits et tranchants sur leur convexité, bistouris droits boutonnés, pinces à disséquer, ciseaux à pointes mousses, courbes et droits, sondes cannelées flexibles, stylets aiguillés, plusieurs ligatures de grosseurs et de largeurs différentes, des éponges fines et de l'eau froide.

Afin que les muscles situés dans le lieu où siége l'artère qu'on va lier deviennent, ainsi que leurs interstices, plus appréciables à la vue et au toucher, on commande au malade de les contracter. On voit que je n'ai pas négligé d'indiquer les saillies musculaires, comme l'ont prétendu quelques jeunes chirurgiens auxquels on a défendu, dit-on, de faire notre apologie, et qui ne vivent d'ailleurs en général que des idées d'autrui. Ces vaines clameurs, dont on a fait souvent justice, sont peu honorables pour leurs auteurs; je les signale dans l'intérêt de la vérité, qui, dans notre science, est si souvent altérée. Le chirurgien se place en dehors de la partie sur laquelle il veut opérer : l'artère cubitale ou la terminaison de l'axillaire font exception à cette règle; il est plus commode de se placer en dedans du membre.

L'opérateur recherchera les anomalies artérielles; il n'oubliera pas qu'une tumeur peut déplacer le vaisseau; il tâchera, s'il est possible, de s'assurer de ses battements par le toucher; il établira des lignes dont les extrémités, reposant sur des points faciles à reconnaître, indiqueront la direction et le siége de l'artère.

On ne liera pas le vaisseau sur l'endroit où il est enflammé ou malade : toutes les fois qu'on le pourra, la ligature sera mise au-dessous des branches collatérales et assez loin d'elles. Astley Cooper ne suivit pas ce principe sur un de ses malades; il le vit périr d'hémorrhagie. Les expériences de Travers démontrent que le voisinage d'une artère collatérale peut empêcher la formation du caillot; mais il ne s'oppose pas toujours à l'oblitération du vaisseau par l'inflammation adhésive.

Ne pourrait-on pas ordinairement lier à peu de distance des collatérales, quand il ne serait pas permis de les conserver? Alors on les mettrait à découvert; on appliquerait sur chacune d'elles deux ligatures à une certaine distance du tronc qui leur donne naissance; on les couperait ensuite entre ces deux ligatures : il résulterait de cette manœuvre que, comme dans les cas d'amputation des membres, le caillot renfermé dans l'artère principale s'appuierait, ainsi qu'on l'a dit, sur des embranchements qui ne contribueraient pas peu à sa solidité. Je n'ai pas encore employé ce moyen : je le livre aux méditations des praticiens.

Dans la méthode d'A. Paré dite d'Anel, la distance de la tumeur à laquelle on pratiquera la ligature de l'artère variera suivant les localités. On liera assez loin pour éviter les parties malades du vaisseau; on choisira d'ailleurs, s'il est possible, un point où l'opération soit plus facile.

L'endroit où l'on doit faire la ligature étant choisi,

on place la partie sur laquelle on va opérer dans la position la plus convenable. Si l'artère est recouverte par des muscles, on les met dans le plus grand relâchement possible; on se rend maître du sang par la compression.

Lieux où l'on établit la compression. L'artère maxillaire externe peut être comprimée sur le bord inférieur de l'os maxillaire inférieur au devant du masseter; la carotide primitive, dans tout son trajet, au-dessus de la clavicule, ses deux divisions à leur origine; l'artère axillaire, plus facilement au-dessus qu'immédiatement au-dessous de cet os, et plus sûrement encore dans le creux de l'aisselle, sur la tête de l'humérus. Quand les circonstances pathologiques le permettent, on donne toujours la préférence à la compression établie vers la partie inférieure de l'artère humérale; ici les moyens compressifs épargneront le nerf radial qui contourne l'humérus beaucoup plus haut, et le cubital situé inférieurement sur le côté interne et presque postérieur du bras. Lorsque les malades sont doués d'un très-grand embonpoint ou d'un système musculaire très-développé, on ne comprime guère que la partie inférieure des artères radiale et cubitale; chez les sujets maigres et peu musculeux, il est permis, à la rigueur, de faire la compression sur toute l'étendue de ces vaisseaux. On peut aussi suspendre le cours du sang dans l'aorte abdominale, dans les artères iliaques pri-

mitives et iliaques externes, quand la paroi antérieure de l'abdomen et les viscères abdominaux ne sont pas trop chargés de graisse. Exerce-t-on la compression sur l'artère crurale immédiatement au-dessous du ligament de Fallope : que l'on se garde bien de l'établir perpendiculairement à l'axe du membre ; car la branche horizontale du pubis forme vers la cuisse un plan incliné sur lequel le moyen compressif glisserait très-aisément ; il n'agirait alors que sur le point de l'artère qui correspond aux adducteurs, où ce vaisseau ne trouverait pas un point d'appui suffisant. Or, pour être certaine, la compression doit agir de bas en haut de manière à former avec l'axe du membre étendu un angle à sinus inférieur de quarante à quarante-cinq degrés. L'anneau du troisième adducteur est encore souvent le point que choisit l'opérateur pour suspendre le cours du sang dans l'artère fémorale. On peut comprimer avec succès la tibiale postérieure vers la partie inférieure de la jambe et surtout derrière la malléole, la partie inférieure de l'artère tibiale antérieure, la pédieuse, les artères du tarse, celles du métatarse, les arcades palmaires, les artères du carpe, les collatérales des doigts, les artères qui siégent sous les téguments du crâne, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face, celles qui rampent superficiellement dans l'épaisseur des parois de la poitrine, etc. Il n'est pas besoin de faire remarquer que toutes les fois que la compression devra agir à travers l'épaisseur des muscles, elle sera toujours moins facile et beau-

coup moins sûre ; qu'il en sera de même lorsqu'un point d'appui solide ne se trouvera pas immédiatement derrière le vaisseau. Pour exercer la compression, le chirurgien cherche lui-même la situation de l'artère ; c'est à lui qu'il appartient encore de bien établir le lieu qui doit être comprimé, d'y fixer les moyens mécaniques, ou d'y placer les doigts des aides. Avant de commencer la manœuvre, il s'assurera toujours que le moyen compressif auquel il donne la préférence remplit l'indication ; il suffira de sentir si les artères situées au-dessous n'offrent pas de pulsations.

Les moyens de compression sont le garrot, le tourniquet de J.-L. Petit, le compresseur de Dupuytren, le cachet, l'anneau d'une clef garnis de linge, etc. Je ne crois devoir ici ni les décrire, ni même indiquer leurs avantages et leurs inconvénients ; je vais seulement insister sur la compression établie avec les doigts.

Le mode de compression par excellence est l'application sur le trajet de l'artère des doigts dépourvus de toute espèce d'instrument. Une main suffit lorsque le vaisseau est superficiel ; deux mains peuvent devenir indispensables quand il est profond. Les doigts seuls, qui se fournissent mutuellement des points d'opposition, sont encore le meilleur moyen que l'on puisse employer dans le cas d'hémorrhagie produite par les artères qui rampent dans l'épaisseur des grandes lèvres, des oreilles, des ailes du nez, etc.

Extirpe-t-on une tumeur dont le kyste est très-

mince et très-adhérent à la peau qui a presque perdu toute son épaisseur; divise-t-on un très-grand nombre de petits vaisseaux : quoique les aides épongent avec le plus grand soin, le sang masque la manœuvre, si l'on ne fait pas exercer avec les doigts la compression autour de l'incision. Disons toutefois que l'instrument de Lusardi est préférable quand il s'agit des paupières.

La méthode dont nous traitons est la seule applicable, quand on veut comprimer l'aorte abdominale ou les artères iliaques primitives et externes. Il paraît encore indispensable de l'employer, quand il s'agit de l'artère carotide primitive ou de l'origine des carotides interne et externe, etc.; elle est plus sûre que les autres, parce que l'aide sent le vaisseau, pendant qu'il suspend le cours du sang. Les doigts se déplacent-ils, un instant suffit pour s'en apercevoir et les replacer : avantage immense que sont loin de posséder les autres moyens. La ligature des artères exige-t-elle qu'on diminue ou qu'on cesse ce mode de compression : on le rétablit avec une extrême promptitude. Il en est bien autrement du garrot, du tourniquet, etc. Les doigts compriment moins largement que les pelottes et ne contondent pas les tissus comme elles.

On m'objectera peut-être, que je donne la préférence à un moyen qui demande une grande habitude et un long exercice; qu'en d'autres termes, on trouvera peu de personnes qui puissent comprimer assez

longtemps avec les mains. Ces arguments sont purement théoriques. Pourquoi manque-t-on cette espèce de compression? c'est qu'au lieu de comprimer comme cinq, on comprime comme cent; il est positif qu'une faible pression suffit pour suspendre le cours du sang dans l'artère la plus volumineuse : or, il est impossible que l'aide se fatigue. La question se réduit donc maintenant à connaître le degré de force nécessaire pour arrêter la circulation dans un vaisseau. Comment y parviendra-t-on? si l'on comprime l'artère humérale, le pouce est appliqué sur le côté externe du membre, les trois doigts du milieu sur le trajet du vaisseau. L'on presse très-légèrement; on a senti d'avance les battements de l'artère radiale ; on les sent de nouveau; on les trouve toujours les mêmes; l'on comprime un peu plus fort sur l'artère brachiale, on s'aperçoit que les battements de la radiale sont déjà moindres; la compression humérale devient un peu plus forte, les pulsations radiales sont presque nulles; enfin on ajoute un léger degré de force à la pression exercée sur la brachiale, la radiale ne bat plus : ainsi, l'élève peut acquérir en une demi-heure la connaissance du faible degré de compression capable de suspendre le cours du sang dans une artère, et parvenir aisément à bien comprimer avec les doigts. Je terminerai cette question importante, dont je crois avoir donné la solution, en déclarant que je ne me déciderais jamais à faire une grande opération, si je n'étais pas sûr de pouvoir bien

exercer moi-même le mode de compression sur lequel je viens d'insister; il est indispensable, au moins quelques moments, lorsqu'un aide comprime mal, lorsqu'un tourniquet ou un garrot, etc., se déplacent, pendant qu'on pratique une amputation.

N'omettons pas de faire observer qu'il est des cas dans lesquels la compression ne peut pas être établie, comme, par exemple, lorsqu'on fait la ligature de l'artère carotide primitive assez près de la clavicule. Quand on pratique l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale ou dans l'articulation coxo-fémorale, l'on ne fait comprimer les artères brachiale et crurale qu'au moment où l'on va terminer le dernier lambeau. Si l'on doit diviser des vaisseaux volumineux qu'il est impossible de comprimer préalablement, il faut renoncer à l'opération, à moins qu'on n'ait la certitude de pouvoir arrêter l'hémorrhagie par la compression, établie immédiatement avec les doigts appliqués sur les points artériels que l'on vient de diviser.

Traçons maintenant d'autres règles générales pour la ligature des artères.

Les quatre derniers doigts de la main gauche, placés perpendiculairement sur la peau, déterminent la direction et l'étendue de l'incision qu'on pratique avec un bistouri tranchant sur sa convexité, tenu de la main droite et promené lentement et parallèlement aux doigts placés sur les téguments. En général, l'incision ne doit pas avoir moins de trois centimètres cinq

millimètres à six centimètres (un pouce et demi à deux pouces), et ne doit pas dépasser douze centimètres (quatre pouces); il suffit le plus souvent de lui donner neuf centimètres d'étendue (trois pouces).

A mesure que le chirurgien donne un coup de bistouri, un aide essuie la plaie avec une éponge fine légèrement imbibée d'eau froide. On lie ou l'on tord les petites artères à mesure qu'elles sont coupées; on tâche, autant que possible, d'éloigner les veines pour ne pas les diviser; si on les ouvrait, il faudrait essayer d'arrêter l'écoulement du sang par la compression établie quelques minutes avec les doigts; si enfin la ligature devient indispensable, ordinairement celle du bout inférieur suffira. Certains cas d'anastomoses, avec ou sans dilatation morbide de la veine, font exception à cette règle pour les veines des membres; pour celles du cou, le reflux du sang dans les mouvements d'expiration oblige le plus souvent de lier le bout du côté du cœur.

Quand l'artère est profonde, il est quelquefois préférable que l'incision ne soit pas dans sa direction: ainsi on découvrira plus facilement l'interstice musculaire dans lequel on doit pénétrer, et l'on écartera mieux les muscles; ainsi on pourra partir d'un point bien connu du membre pour arriver avec des connaissances anatomiques exactes sur le lieu précis où siége l'artère.

Lorsque le vaisseau est situé immédiatement sous

une aponévrose, on fait la ponction de celle-ci à côté de l'artère : c'est le meilleur moyen d'éviter sa lésion; pour pénétrer profondément, on est quelquefois obligé de débrider l'aponévrose perpendiculairement à l'axe de la première incision.

On a mis les muscles à découvert : on commande au malade de les contracter, si besoin est, afin de mieux les voir et de mieux constater leurs interstices; ensuite il peut devenir utile de les mettre dans le relâchement : on les écarte avec les doigts, on les relève du côté le moins déclive de la plaie pour donner au pus un écoulement plus facile : on ne les coupe que si leur écartement est impossible.

L'incision est pratiquée; le chirurgien ne trouve pas l'artère; il existe près d'elle des organes qui sont des guides certains pour faire reconnaître son siége : tels sont le bord interne du cubitus pour l'artère cubitale, à la partie moyenne de l'avant-bras; la crête du tibia pour l'artère tibiale antérieure, le nerf médian pour l'artère brachiale, le couturier pour l'artère crurale, le tubercule de la première côte pour l'artère sous-clavière, etc., etc. On sait combien il était difficile de trouver ce dernier vaisseau avant que j'eusse indiqué cette importante saillie osseuse.

Le lieu occupé par l'artère, sa couleur d'un blanc mat, son aplatissement à l'état de vacuité, ses battements lorsqu'elle n'est pas comprimée du côté du cœur, la font reconnaître. Si la gaîne du vaisseau est ouverte,

ses pulsations sont moins fortes; il est quelquefois impossible de les apprécier.

L'artère offre une couleur jaune : alors elle est malade; on n'ouvre pas sa gaîne; on lie celle-ci avec le vaisseau : j'ai vu Dupuytren suivre plusieurs fois cette excellente pratique et réussir.

Pour ouvrir la gaîne des artères, les uns la saisissent avec une pince à disséquer et la coupent en dédolant, à l'aide d'un bistouri; les autres la divisent avec une sonde cannelée à cul-de-sac, ou mieux encore avec les ongles : je préfère ce dernier moyen. Les expériences faites sur les animaux et les opérations pratiquées chez l'homme démontrent que l'artère s'enflamme d'autant plus facilement qu'elle est dénudée dans une plus grande étendue.

Une sonde cannelée tenue comme une plume à écrire est glissée sous l'artère mise à nu : le doigt médius borne l'étendue de l'instrument qui doit passer sous le vaisseau. On courbe la sonde cannelée, lorsque l'artère est profonde : il est quelquefois indispensable de se servir de l'aiguille de Deschamps.

On fait pénétrer d'abord la sonde entre l'artère et la veine; il est ainsi plus difficile de blesser cette dernière. S'il y avait des veines en dedans et en dehors du vaisseau qu'on veut lier, si l'une d'elles était à côté d'un nerf, on commencerait à introduire l'instrument de ce côté; l'artère roule presque toujours devant lui : on la soutient à douze millimètres (quatre ou cinq lignes en-

viron) de la sonde avec le doigt indicateur, afin de la fixer et d'éviter de la blesser, surtout quand elle est volumineuse.

L'artère est-elle sur la sonde; le chirurgien soulève un peu l'instrument pour savoir ce qui est placé au-dessus de lui. S'il y trouve d'autres parties, il laisse en place la première sonde, et il en emploie une autre qui passe mieux sous le vaisseau et l'embrasse seul. De petits filets nerveux ou des veinules rampent sur lui. On ne cherche point à les isoler; car l'on pourrait blesser la membrane externe de l'artère, et l'on s'exposerait alors à de graves inconvénients.

Avant de glisser la ligature dans la cannelure de la sonde, on applique le doigt indicateur sur le point de l'artère qui correspond à cet instrument; on comprime pour s'assurer des battements du vaisseau. Nous dirons plus tard quelles sont les ligatures que l'on met en usage.

On se sert d'un stylet aiguillé pour conduire la ligature entre l'artère et la sonde cannelée; nous avons déjà indiqué l'utilité de l'aiguille de Deschamps. La ligature passée, la sonde retirée, il faut encore s'assurer si l'on a bien l'artère; les deux chefs du fil sont relevés perpendiculairement, rapprochés l'un de l'autre, légèrement soulevés : ils forment ainsi une anse dans laquelle repose l'artère; le chirurgien applique son doigt sur ce point du vaisseau pour y reconnaître les battements, pour les y suspendre et les mieux sentir du côté

du cœur. Un aide s'assure, en même temps, si les pulsations de la tumeur anévrismale disparaissent et reparaissent alternativement, suivant la manœuvre qu'exécute le chirurgien. La ligature doit être, dans tous les points de sa circonférence, appliquée perpendiculairement sur l'artère, afin que la colonne de sang ne puisse pas la relâcher.

Le nœud du chirurgien est entièrement rejeté. On connaît le malheur arrivé à Chopart. On pratique un nœud simple, on le serre jusqu'à la cessation des battements de la tumeur ou de l'hémorrhagie fournie par l'artère blessée. Un second nœud est ensuite fait sur le premier. Tous les deux sont serrés lentement et sans secousse. La plaie résultant de l'opération est réunie par première intention.

Mais on n'est pas d'accord sur le choix des liens à employer.

Quel volume doit-on donner à la ligature? A. Paré et ses successeurs craignaient singulièrement la section de l'artère; ils donnaient la préférence aux ligatures larges, à *des fisselles*, dit Guillemeau. Ils comprenaient même dans le lien qu'ils employaient une certaine quantité de parties molles; on ne connaissait guère alors le mode d'action des ligatures sur les vaisseaux : aussi ne faut-il pas s'étonner de voir les auteurs du dix-huitième siècle émettre l'idée désastreuse qu'on peut lier sans danger le nerf avec l'artère.

Mais on avait depuis longtemps renoncé à la liga-

ture médiate, lorsque Jones nous donna des notions exactes de l'effet des liens sur les vaisseaux artériels. Thomson lui avait appris, et montré même sur l'artère d'un cadavre, que la ligature en divise les tuniques interne et moyenne; Desault avait déjà signalé ce fait.

Jones pratiqua une série d'expériences sur des chiens et des chevaux, pour revoir par lui-même cette section et en suivre les conséquences.

Voici les effets qu'il a obtenus :

1° Toutes les fois qu'une ligature embrasse une artère avec assez de force, les tuniques interne et moyenne sont rompues; le rapprochement des surfaces divisées est parfait, de telle sorte que la celluleuse se touche par sa face interne dénudée circulairement.

2° Malgré la rupture des deux membranes internes, soit que la ligature enlève à cette portion du vaisseau la faculté de se dilater, soit que le sang trouve un libre passage dans les collatérales, ce liquide ne distend pas le vaisseau outre mesure.

3° Aussitôt après l'application de la ligature, la partie interne s'enflamme et laisse épancher une lymphe coagulable, qui agglutine ensemble les tissus divisés.

4° Dans la plupart des cas, privé de mouvement, le sang se convertit en un caillot d'abord très-grêle, et qui peu à peu s'agrandit par la coagulation de ses mo-

lécules ; ce caillot, de forme conique, repose sur le cul-de-sac de l'artère et s'y agglutine. Sa formation n'est que d'une légère importance, selon Jones, l'oblitération du vaisseau dépendant presque entièrement de l'adhérence des tissus divisés.

5° Il s'établit en même temps une légère inflammation à l'entour de la tunique celluleuse, et bientôt cette partie du vaisseau se recouvre d'une lymphe plastique et s'unit aux parties voisines.

6° Si la ligature est laissée en place, elle détermine en peu de temps l'ulcération des tissus qu'elle étreint ; une petite ouverture dans la couche de lymphe qui recouvre l'artère donne passage à un peu de matière purulente ; enfin la ligature elle-même s'échappe ; des granulations se développent au lieu qu'elle occupait, et la petite plaie se cicatrise.

7° Non-seulement la ligature produit l'oblitération de l'artère dans le point qui l'avoisine, mais elle entraîne encore insensiblement, dans un espace de temps variable, le rétrécissement du canal lui-même jusqu'aux premières collatérales, en haut et en bas ; ce canal finit même par ne plus former qu'un cordon fibreux mince et imperméable.

Tels sont les principaux résultats obtenus par Jones, à l'aide d'une simple ligature : ils ont été les mêmes alors qu'on a varié le nombre de ces ligatures ; seulement chacune d'elles est devenue le centre d'un travail d'agglutination.

Jones conclut, d'après ces données, que l'adhérence des parois artérielles est d'autant plus facile que la section des tuniques interne et moyenne est plus nette et plus complète; il préfère donc les ligatures fines. M. Manec a obtenu des résultats semblables; ce chirurgien distingué a suivi la même doctrine à laquelle on a fait de grandes objections.

Scarpa, qui remplace la ligature par son procédé de compression immédiate, a rejeté les liens fins : selon lui, ils ont le grave inconvénient de produire la section trop prompte de l'artère et les hémorrhagies qui en résultent. Il pense que le chirurgien doit avoir pour but unique de mettre en contact la face interne de l'artère avec elle-même, sans rompre les tuniques qui constituent le vaisseau.

M. Jameson ne veut pas qu'on étrangle les vasa vasorum, qui sont essentiels, selon lui, pour la sécrétion de la lymphe coagulable. Il rejette les ligatures fines; il pense qu'on ne doit pas serrer trop fortement le nœud; il conseille de mettre en usage des liens d'une matière plus molle et plus extensible.

Enfin Koch avait porté plus loin la réforme : il avait défié qu'on lui montrât une artère oblitérée par adhérence de ses parois, et, comme on sait, il avait proscrit complétement, au moins pour les plaies d'artères, toute espèce de ligature.

En France, les chirurgiens semblent avoir fait peu d'attention à ces expériences : on a écarté généralement

les ligatures trop fines; mais on en varie le volume selon celui des artères. Je me suis toujours servi de ligatures plates, qui deviennent rondes, dans presque toute leur circonférence, quand on les noue sur le vaisseau; elles m'ont parfaitement réussi. J'ai montré il y a bien longtemps sur le cadavre, dans mes cours de médecine opératoire, que cette espèce de ligature coupait très-bien les membranes interne et moyenne de l'artère.

M. Amussat a fait des expériences sur le point qui nous occupe : il n'admet dans aucun cas l'adhérence de la face interne des tuniques artérielles avec elle-même; il dit que le caillot est ordinairement adhérent à la celluleuse, et plus rarement à la tunique interne. Voilà des faits contradictoires bien extraordinaires. A quoi cela tient-il? C'est peut-être au petit nombre d'expériences que chacun a faites. J'ai aussi expérimenté; j'ai disséqué un assez grand nombre de membres sur lesquels, depuis peu de jours, on avait lié des artères; je me suis convaincu que tantôt les adhérences de Jones existaient, et que tantôt elles manquaient; dans tous les cas, le caillot adhérait à la face interne de l'artère, dans une plus ou moins grande étendue.

De quelles substances les ligatures seront-elles formées? Dans l'intention de favoriser la réunion par première intention, on songea à mettre en usage des liens susceptibles d'être absorbés dans l'épaisseur de nos tissus.

Physick, le premier, en 1814, employa la peau de daim; Lawrence mit en usage le fil de soie; Wardrop eut recours à l'intestin du ver à soie; Cooper se servit du boyau de chat.

Des expériences faites sur des chiens ont démontré que ces ligatures disparaissaient d'autant plus complétement, qu'on les examinait plus longtemps après leur application, et qu'elles déterminaient l'oblitération du vaisseau sans traces de pus et avec un épaississement notable des parois vasculaires.

Des essais sur le vivant ont semblé confirmer l'espoir que l'on pouvait fonder sur ce genre de ligatures.

M. Jameson a fréquemment employé ces liens dans des cas d'amputations de membres ou de mamelles, et, à quelques exceptions près, il a obtenu la réunion des plaies par première intention au bout de quatorze ou quinze jours.

Dans les circonstances les moins favorables, ils n'étaient la cause d'aucun accident, et, dans d'autres cas plus heureux, ce chirurgien n'en a retrouvé aucun vestige et ne s'est point aperçu qu'ils eussent glissé.

Ils ont eu ensuite entre ses mains des résultats non moins heureux pour les ligatures d'artères dans la continuité des membres, comme paraissent le démontrer les observations qu'il rapporte dans son Mémoire.

Première observation. Un homme reçoit sur l'avant-bras une pierre volumineuse qui déchire les tissus et met à nu l'artère radiale; une ligature animale est pla-

cée au-dessus et au-dessous de la portion contuse que l'on excise. La plaie fut ensuite réunie et se cicatrisa presque en entier par première intention, sans qu'on aperçût de traces des ligatures.

Deuxième observation. Un éclat de fusil déchire l'avant-bras; une artère ouverte saigne abondamment; M. Jameson la découvre; deux ligatures animales sont placées sur ses deux extrémités, et la portion d'artère contuse est emportée avec le bistouri. Les parties sont ensuite rapprochées, et la plaie se réunit presque complétement par première intention, sans vestiges des ligatures.

D'autres observateurs ont cité aussi des cas de succès plus ou moins complets. Carwardine en a rapporté un. Lawrence opéra le 29 mars 1817; la plaie fournit un peu de pus jusqu'à la fin de mai, époque à laquelle la ligature tomba. Watson plaça la ligature le 2 mars; la guérison de la plaie eut lieu le 10 avril; le 3 mai, le lien se présenta sans accident sous la cicatrice. Dans un cas rapporté par Hodgson, le même phénomène eut lieu six mois après l'opération. Astley Cooper lia avec la corde à boyau, coupa la ligature près de l'artère, sur un individu âgé de quatre-vingts ans; la plaie était réunie le quatrième jour.

Mais ces succès sont-ils constants? Dupuytren a vu des malades chez lesquels la ligature coupée à ras des nœuds pratiqués sur l'artère, et recouverte par les tissus, fait fonction de corps étranger. Je possède deux ob-

servations dans lesquelles l'absorption du lien n'a pas eu lieu; des accidents graves sont survenus. M. Manec a essayé la soie, la corde à boyau, des filets nerveux, des fibres de tendon, des lanières de peau de mouton ou de lapin; toujours des abcès se sont formés pour entraîner ces ligatures au dehors. D'après les faits que je viens d'exposer, je pense, avec beaucoup de praticiens, que la ligature ordinaire, dont l'un des chefs est coupé près de l'artère, mérite la préférence.

Je cite seulement comme fait historique les fils de plomb, d'or, d'argent et de platine qu'ont employés Physick et Levert. Ces moyens sont essentiellement mauvais.

Je rejette les ligatures d'attente : elles ont l'inconvénient d'enflammer plus facilement l'artère, de la couper quelquefois sans être nouées sur elle; quand on les noue, elles embrassent un vaisseau déjà enflammé qu'elles divisent presque toujours trop tôt.

On a attribué la section trop prompte d'une artère, liée dans sa continuité, à la rétraction exercée en sens opposé par les deux bouts du vaisseau. On a donc proposé de placer deux ligatures à une petite distance l'une de l'autre, et de couper ensuite entre ces deux ligatures, procédé déjà mis en usage par Aétius. M. Maunoir, qui a renouvelé ce précepte, y attache une grande importance. Ses partisans ajoutent que les bouts de l'artère coupée, forment près du lien, un petit bourrelet qui l'empêche de glisser, circon-

tance qui explique, selon eux, pourquoi les ligatures après les amputations sont moins souvent suivies d'hémorrhagies qu'après les opérations d'anévrismes.

Pour discuter entièrement ici cette grave question, nous dirons que quand il s'agit des anévrismes spontanés, le tissu artériel peut offrir de moins bonnes conditions que celles qu'il présente après l'amputation des membres; d'ailleurs, dans le dernier cas, les artères collatérales sont également liées; des caillots s'y forment; ces caillots constituent des embranchements qui viennent s'appuyer sur le caillot de l'artère principale liée; ils doivent nécessairement mieux le soutenir. Enfin, comme une ligature bien serrée coupe nettement les tuniques internes, le bourrelet formé derrière elle par ces tuniques l'empêchera de glisser; ces raisons ne suffisent pas pour convaincre. Mais un fait positif, c'est que, quand une artère est liée sans qu'on ait pratiqué sa section entre deux ligatures, des tractions sont exercées par le tissu artériel sur le point où la ligature est mise; ces tractions peuvent être augmentées par quelques mouvements du membre, et, en vain on a avancé que les tiraillements de l'artère pouvaient être évités par la flexion du membre; cette flexion ne détruit pas la contractilité du tissu du vaisseau, et l'on doit craindre l'indocilité du malade et ses mouvements involontaires.

Mais on a dit que deux ligatures dans la plaie, exposent davantage à l'inflammation; que l'artère étant

divisée, les parties situées au delà des ligatures se gangrènent et peuvent produire de l'irritation. Scarpa blâme la section du vaisseau entre deux ligatures : il cite un insuccès d'Abernethy. Samuel Cooper a observé une hémorrhagie secondaire, dans un cas où Norman de Bath opéra sur l'artère crurale : la ligature inférieure tomba le quinzième jour; le malade perdit le lendemain une livre de sang : on comprima avec une compresse et une bande mouillée : le malade guérit.

La section de l'artère entre deux ligatures, peut exiger le sacrifice des artères collatérales. L'étroitesse de l'espace dans lequel on opère, la profondeur du vaisseau, des organes voisins importants, doivent faire rejeter la méthode dont nous nous occupons, parce qu'il n'est pas permis de découvrir l'artère dans une assez grande étendue. Scarpa pense qu'il est difficile, dans beaucoup de cas, de saisir l'extrémité de l'artère quand l'hémorrhagie se manifeste.

Ces objections sont sans contredit sérieuses, aussi je ne conseillerai pas ce procédé dans tous les cas; mais il me paraît avantageux dans quelques circonstances : il peut être employé, par exemple, lorsqu'on lie l'artère crurale, un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur.

A. Cooper redoutant, dans la section de l'artère entre les deux ligatures, le refoulement du fil par l'effort du sang, a proposé, lorsque le lien serait placé à l'ordinaire, de passer un de ses chefs armé d'une ai-

guille à travers l'artère ; elle est ainsi traversée de part en part, immédiatement au-dessus de la ligature : ce moyen allonge l'opération ; je le rejette, il a trop peu d'importance.

Mais l'expérience ayant trop souvent démontré, que les hémorrhagies sont dues à la section trop prompte de l'artère par la ligature, on a imaginé les procédés suivants :

A. Dubois a appliqué sur l'artère fémorale une ligature et un serre-nœud propre à comprimer graduellement le vaisseau ; la ligature fut serrée plusieurs fois jusqu'à la cessation des pulsations anévrismales ; le cinquième jour le lien fut enlevé ; on mit les bords de la plaie en contact immédiat. Deux malades furent guéris à l'aide de ce procédé, dont M. Larrey a obtenu aussi des succès. Un troisième malade, opéré par A. Dubois, est mort d'hémorrhagie le dix-huitième jour ; le moyen de compression avait été enlevé le septième. Le séjour du serre-nœud dans la plaie, le danger de continuer et de graduer la compression sur une artère enflammée ; tels sont, avec la crainte de l'ulcération, du peu de solidité du caillot, ou de la désunion des surfaces artérielles faiblement adhérentes, les arguments qui ont fait rejeter ce procédé. On peut adresser le même reproche à tous les instruments qui agissent de la même manière.

Il est une autre méthode sur laquelle nous allons nous arrêter quelques instants : c'est la ligature

temporaire à la méthode de Jones; on la serre complétement comme à l'ordinaire; on l'enlève quelques heures après son application; d'autres fois on la retire au bout de quelques jours. Jones plaça près l'une de l'autre deux petites ligatures sur une artère; elles furent immédiatement enlevées; la lymphe coagulable s'épancha et le vaisseau s'oblitéra. Hutchinson a été aussi heureux sur les artères brachiales de deux chiens.

Travers constata l'oblitération permanente de la carotide d'un cheval, une heure après l'application de la ligature. Cette méthode, mise ensuite en usage sur l'homme, fut d'abord couronnée de succès. Travers produisit l'oblitération de l'artère brachiale; il enleva la ligature après cinquante heures. A. Cooper a réussi sur la crurale; il a coupé la ligature après trente-six heures.

Malheureusement ces brillants succès furent bientôt suivis de revers, soit sur l'homme, soit sur les animaux. A. Cooper, agissant sur l'artère crurale, fit abstraction de la ligature après trente-deux heures : les battements de la tumeur reparurent; une seconde ligature, réappliquée pendant quarante heures, ne fut pas plus heureuse : il survint une hémorrhagie abondante le douzième jour; on mit en usage la ligature ordinaire. Après avoir employé deux fois la ligature temporaire contre un anévrisme poplité, Hutchinson amputa son malade soumis à de graves hémorrhagies. Travers plaça une ligature suivant la méthode de Hunter; il l'enleva vingt-sept heures après : la guéri-

son n'eut pas lieu. La ligature temporaire est abandonnée aujourd'hui.

Une ligature laissée en place quelques heures seulement, ne coupe pas l'artère; mais elle la frappe de mort inévitablement, lorsque son application dure plus de vingt-quatre heures.

Dans l'état actuel de la science, la saine chirurgie commande de laisser la ligature en place jusqu'à sa chute spontanée. On l'observe en général du dixième au vingtième jour.

Mais la ligature ne doit pas être placée sur les plaques cartilagineuses ou osseuses que présentent quelquefois les artères; il en sera de même, quand on rencontrera les parois artérielles infiltrées de matière athéromateuse ou stéatomateuse : dans ces cas, l'hémorrhagie serait inévitable.

Je préférerais alors mettre en usage la compression; on pourrait encore recourir au bouchon introduit dans le vaisseau : employés en même temps et auxiliaires l'un de l'autre, ces deux moyens sont très-avantageux.

Si l'artère était malade dans une petite étendue, il faudrait la lier le plus loin possible du point où son tissu est altéré, dans la crainte de poser le lien sur un lieu où le tissu artériel n'est pas sain.

Quelques chirurgiens ne prennent pas en considération une légère dilatation de l'artère, siégeant quelquefois entre un anévrisme et le cœur : on dit qu'elle est

due à la difficulté éprouvée par le sang à passer dans la tumeur; ce n'en est pas moins là, suivant moi, un état morbide qui peut occasionner un événement funeste.

La ligature doit être placée sur une partie saine de l'artère; il faut, nous l'avons déjà dit, qu'elle ne soit pas trop rapprochée d'une collatérale du côté du cœur, afin que le caillot ait assez de longueur.

La ligature est appliquée : si une collatérale ne verse pas du sang dans le bout inférieur de l'artère, on le trouve presque vide; le caillot inférieur est donc ordinairement très-court; on le voit près de la ligature adhérent à la membrane celluleuse et à la membrane interne. Le caillot supérieur s'étend presque toujours, depuis le lien mis sur l'artère, jusqu'à la collatérale la plus voisine; à mesure qu'il s'en rapproche, il devient plus faible et plus mince; il est conique; je l'ai vu s'arrêter un peu au-dessous de la branche artérielle dont nous venons de parler.

Les adhérences du caillot à la face interne de l'artère varient; on les trouve en général d'autant plus solides qu'elles sont plus anciennes.

Quand la tunique celluleuse de l'artère, est complétement divisée, que la ligature tombe, tantôt le vaisseau est oblitéré par des adhérences qui siégent dans le lieu où il est coupé, tantôt il est béant et fermé seulement par le caillot, qui bien entendu existe dans les deux cas. Une vive secousse morale peut, en augmen-

tant la force du cœur, causer des hémorrhagies; ai-je besoin de dire qu'on doit éviter toutes les causes de ce genre? Le danger est plus grand, quand la ligature a été placée près d'une collatérale : alors le caillot est plus court, plus faible; il est d'ailleurs plus directement exposé au choc de la colonne circulatoire.

Le caillot s'organise peu à peu, et son organisation commence par les points qui sont en contact avec la face interne de l'artère : cette organisation pénètre lentement au centre de la masse fibrineuse; la matière colorante disparaît, et, après trois ou quatre mois environ, l'extrémité du vaisseau offre un cordon fibreux et imperméable. Si l'artère a été coupée entre les deux ligatures, chacun de ses bouts, se retirant dans l'épaisseur des tissus, se couvre d'une couche épaisse de lymphe plastique; le vaisseau et le caillot se comportent d'ailleurs comme nous venons de le dire.

Quelquefois, un nouveau tube qui fait communiquer directement le bout supérieur de l'artère avec l'inférieur, se reproduit de toutes pièces entre eux. La circulation continue par les branches collatérales qui augmentent de capacité : le vaisseau s'oblitère ordinairement du côté du cœur, jusqu'au premier embranchement artériel; il en est de même de l'autre côté : la tumeur anévrismale diminue peu à peu; après un temps plus ou moins long, on ne trouve qu'un noyau fibreux dont on peut, suivant M. Larrey, hâter la disparition par des moxas mis sur la peau. Une inflammation s'em-

pare quelquefois de la tumeur; elle suppure, elle peut se rompre, se gangrener. Il n'est pas très-rare de voir les pulsations de l'anévrisme se reproduire beaucoup plus faibles : elles cessent ordinairement sous l'influence d'une compression légère ou bien encore d'une manière spontanée.

Lorsqu'à la suite de l'usage de la ligature, une hémorrhagie survient, le danger est d'autant plus grand qu'elle se renouvelle; alors, non-seulement elle produit des phénomènes généraux graves, mais encore le sang devient de plus en plus séreux; le travail de coagulation et d'adhésion est plus difficile : s'il existait des adhérences entre les parois artérielles, elles sont rompues en partie ou en totalité; de là nécessairement moins de solidité du caillot. J'ai vu des sujets, chez lesquels l'hémorrhagie se faisait entre le sang coagulé restant en place, ou à peu près, et les parois artérielles.

J'ai réuni cent quatre-vingts opérations d'anévrismes faites par la méthode d'Anel : l'hémorrhagie a eu lieu dans trente-deux cas, c'est-à-dire une fois sur six. Les pertes de sang se sont surtout montrées du sixième au vingt-quatrième jour : les plus promptes ont paru au bout de vingt-quatre heures; les plus tardives ont eu lieu à la fin du second mois. Je ne puis pas indiquer ici, les autres accidents qui compliquent l'opération. Le nombre des morts a été de quarante-trois : un sur quatre. En quelle proportion les hémorrhagies, les insuccès, se montrent-ils sur chaque artère? On le verra dans le

tableau qui termine l'un de mes opuscules, ayant pour titre : *des diverses Méthodes et des différents Procédés pour l'oblitération des Artères*, etc., 1834.

Pour guérir les anévrismes, on a encore proposé la méthode de Brasdor : pour oblitérer les artères, on a aussi conseillé la compression médiate et immédiate, les bouchons mécaniques, le séton, l'acupuncture, la torsion, le refoulement et les mâchures, la méthode de Valsalva. Nous traiterons ailleurs ces sujets importants.

Anévrisme de l'artère fémorale. — Ligature de l'iliaque externe. — Nouveau procédé opératoire. — Guérison.

Nous allons extraire cette observation de la *Gazette des Hôpitaux civils et militaires* (n° 55, page 218, et n° 93, page 366, tome X, année 1836).

« M. Lisfranc a pratiqué mardi dernier, à l'hôpital de la Pitié, en présence d'un nombreux concours de médecins et d'élèves, la ligature de l'iliaque externe sur un homme d'une quarantaine d'années, de constitution robuste.

» Ce malade était affecté d'un anévrisme de la fémorale, vers le point où cette artère donne naissance à la musculaire profonde. La tumeur, de forme oblongue, du volume d'une grosse noix, était le siége de douleurs assez vives, et occasionnait un sentiment de pesanteur et d'engourdissement dans tout le membre.

» Placé depuis quelque temps dans les salles de chirurgie, ce malade était chaque jour plus impatient d'être délivré de son mal par une opération.

» Cependant M. Lisfranc, qui, à moins d'urgence, n'opère jamais les individus nouvellement entrés à l'hôpital, avant d'être bien assuré que ce séjour n'a pas eu une influence défavorable sur l'état de leur santé, et qui, dans ce dernier cas, attend qu'ils soient pour ainsi dire acclimatés, retarda l'opération de quelques jours, se proposant d'ailleurs de revoir sur le cadavre l'anatomie chirurgicale des régions iliaque et inguinale. « Malgré toute la sûreté d'exécution, dit-il, que me donnent l'habitude des opérations et un enseignement de plus de dix-huit ans de leurs manœuvres, dans les amphithéâtres, je n'ai pas cru devoir pratiquer une ligature aussi importante sans examiner de nouveau ce que j'avais vu et démontré tant de fois. En agissant ainsi, vous apporterez dans la pratique de la chirurgie, des idées plus claires, plus nettes, et vous n'imiterez pas cette tourbe d'opérateurs imprudents qui mettent la main à l'œuvre avant de s'être bien rendu compte de ce qu'ils doivent faire.

» Je vous engage à n'agir jamais autrement, lorsque vous aurez à faire des opérations graves, et dont la mauvaise exécution pourrait compromettre l'existence des malades qui se confieront à vous.

» Alors, si un malheur devait vous arriver, vous n'éprouveriez pas le regret d'avoir omis des précautions

que commande l'humanité : plus que tout autre, peut-être, aurais-je pu croire pouvoir m'en dispenser. Cependant il ne m'en a pas coûté du tout, de faire disparaître tout sentiment d'amour-propre, devant l'intérêt du malade.

» Assisté de mon ami le docteur Pinel-Grandchamp et de mes élèves internes, j'ai, sur deux cadavres et des deux côtés, découvert l'artère iliaque, en prenant un terme moyen entre la direction de l'incision, d'après le procédé d'Abernethy, d'une part, et celui d'Astley-Cooper, de l'autre.

» Une de ses extrémités, l'externe, doit être située à cinq millimètres (deux lignes) au-dessus, et à trois centimètres (un pouce) en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles; l'interne, à quatre centimètres (un pouce et un tiers) en dehors de l'épine du pubis, et à trois centimètres (un pouce) environ au-dessus de son niveau. J'évite ainsi, autant que possible, la section perpendiculaire des fibres des muscles de l'abdomen, inconvénient attaché au procédé d'Abernethy. Cette section affaiblit trop les parois abdominales; elle expose davantage les malades à des hernies. J'évite la trop grande étendue de l'incision de A. Cooper; elle expose à la lésion du cordon testiculaire et à celle des artères épigastrique et iliaque antérieure.

» Après avoir fait la section de la peau, celle du fascia superficialis, de l'aponévrose du grand oblique, j'ai abandonné l'instrument tranchant pour écarter les

fibres musculaires avec les doigts, et je me suis servi d'un bistouri boutonné pour diviser quelques faisceaux charnus. Arrivé au feuillet du fascia transversalis, je le décollai inférieurement, et je l'ouvris ensuite; puis, me servant de la face palmaire des trois doigts du milieu, de préférence à leur extrémité, je refoulai le péritoine, pour l'écarter des vaisseaux que je voulais mettre à découvert. On voit que je ne me sers pas de sonde cannelée, pour inciser les dernières couches qui recouvrent la membrane séreuse de l'abdomen, dans la crainte de la léser avec cet instrument. L'ongle du doigt indicateur me paraît plus commode et moins dangereux, pour déchirer les légères expansions aponévrotiques et celluleuses qui servent de gaîne aux vaisseaux.

» L'artère mise à découvert, il me fut facile de sentir avec le doigt, sur le psoas et l'iliaque, ses rapports avec la veine iliaque externe, située en dedans et en arrière, et avec le nerf crural, placé en dehors; en écartant convenablement les bords de la plaie, j'aperçus très-distinctement ces mêmes rapports.

» Alors, soulevant l'artère à l'aide de l'aiguille courbe de Deschamps, introduite de dedans en dehors, je passai facilement une anse de fil sous elle; puis, après avoir ouvert la paroi de l'abdomen (*nous sommes toujours sur le cadavre*), j'examinai à contre-jour la disposition des artères épigastrique et iliaque antérieure : je pouvais les apercevoir très-distinctement; elles siégeaient l'une et l'autre à quelque distance des

angles de l'incision faite pour l'opération. Ainsi, elles avaient été épargnées par le bistouri; ensuite les artères ont été disséquées, pour examiner avec soin le lieu de leur origine et les variétés qu'elles offrent quelquefois sous ce rapport, sur le même sujet.

» Quelques essais sur le degré de la résistance apportée par le péritoine, en pesant sur lui avec l'extrémité des doigts, m'ont prouvé qu'il ne se rompait pas aussi aisément que le peu d'épaisseur qu'il présente le ferait supposer; et je crois qu'en employant la précaution que j'ai indiquée de le décoller lentement, et avec la face palmaire des doigts, on doit en éviter la rupture, qui n'arriverait que si l'on procédait avec une grande brusquerie. Il nous restait à voir, à quelle distance il était plus convenable de placer la ligature, afin d'éviter de la rapprocher trop du voisinage d'une artère collatérale : alors, vous le savez, le caillot, n'ayant qu'un très-petit volume et de faibles adhérences, serait chassé par la colonne de sang; une hémorrhagie promptement mortelle surviendrait. Ce malheur est arrivé à Béclard dans un cas de ligature de l'iliaque, au-dessous de la naissance de l'artère épigastrique. M. Pinel-Grandchamp a été témoin de ce fait.

» Placée trop en arrière, et rapprochée de la naissance de l'iliaque interne, la ligature offrirait le même danger. Il faut donc la mettre à une égale distance des deux vaisseaux, ou plus ou moins haut, suivant l'état de la fémorale au-dessus de l'anévrisme : car il ne faut

pas trop rapprocher le lien d'une tumeur anévrismale, dans la crainte qu'il ne coupe l'artère avant que le travail d'oblitération se soit suffisamment opéré.

» Après avoir indiqué ces points principaux relatifs à l'opération qu'il allait pratiquer, M. Lisfranc fit apporter le malade, sur lequel il suivit exactement la manœuvre qu'il avait essayée sur le cadavre : il fit remarquer que les circonstances n'étaient pas les mêmes pour la facilité de l'exécution ; en effet, le malade étant fort; ayant les muscles prononcés, la contraction de ces muscles resserrait les bords des aponévroses et gênait beaucoup les mouvements des doigts, pour opérer le décollement du péritoine, l'isolement de l'artère et le passage de l'aiguille; les efforts auxquels le malade, soumis à la douleur, se livrait, chassant les viscères, le tissu cellulaire graisseux et le péritoine entre les bords de l'ouverture, contribuaient encore à augmenter les difficultés.

» Un avantage bien grand, dit M. Lisfranc, compense ces inconvénients dans l'opération sur le vivant : ce sont les battements de l'artère, qui permettent de la mieux sentir. Ayant passé le fil autour d'elle avec facilité, un aide la souleva pour interrompre les pulsations dans la tumeur, puis l'abandonna à elle-même pour les laisser reparaître. Cette manœuvre ayant été réitérée deux ou trois fois, afin d'avoir une certitude plus grande qu'elle était bien saisie, l'artère fut liée.

Le malade éprouva, au moment où le lien fut serré, une douleur qui, dit-il, remontait jusqu'aux reins : peut-être cette douleur était-elle due à la ligature du filet nerveux du plexus lombaire qui accompagne l'artère; mais la difficulté de l'isoler ou de le couper, et les inconvénients graves qui pourraient résulter de l'emploi d'une sonde, de ciseaux ou de bistouri, sont trop évidents pour qu'on fasse la moindre tentative à cet égard; les auteurs qui conseillent cette tentative n'ont probablement jamais lié l'artère iliaque externe.

» Cette opération, en comptant plusieurs moments d'interruption, soit pour calmer le malade et l'empêcher de faire des efforts trop violents, qui donnaient lieu au rétrécissement de la plaie et au gonflement de la veine iliaque, soit pour s'assurer de la cessation des battements de la tumeur, n'a pas duré plus d'un quart d'heure; elle a été faite avec la plus grande précision dans tous les mouvements et avec autant de sang-froid que s'il se fût agi d'une artère de très-médiocre importance.

» Le péritoine a été peu décollé; on a ménagé le fond de la plaie autant que possible. Le malade, pansé simplement à plat avec une compresse fenêtrée enduite de cérat, couverte d'un peu de charpie et d'un cataplasme, a été placé dans un lit chaud; le membre est enveloppé de linges chauffés qu'on renouvelle de temps en temps; une potion antispasmodique, de l'eau de gomme, de la limonade édulcorée, lui ont été don-

nées. Il est à une diète sévère, et on a recommandé la plus parfaite tranquillité autour de lui ; le trouble produit par cette opération est une sorte de stupeur avec ralentissement du pouls, qui ne bat que soixante quatre fois par minute. Toute pulsation a cessé dans la tumeur et dans les artères du membre accessibles au toucher.

» *Deuxième jour.* Quatre heures de sommeil en deux fois pendant la nuit ; ce matin, face rouge, animée ; conjonctives oculaires injectées, soif assez vive, peau chaude, respiration profonde, oppression marquée ; toux sans douleur, crachats muqueux très-abondants, assoupissement sans douleur de tête. Le malade est taciturne, inquiet ; le ventre n'offre rien d'anormal ; le pouls, large, développé, oscille entre quatre-vingt-seize et cent. La chaleur du membre est normale, le pied seul est froid ; l'engourdissement persiste. Saignée de trois cent soixante grammes (trois palettes) au bras ; eau de gomme.

» *Troisième jour.* Assoupissement, même tristesse, chaleur de la tête, céphalalgie, conjonctives moins injectées, soif moindre ; langue blanche, humide ; des mucosités bronchiques mêlées de sang rouge, abondant, sont rejetées avec toux ; pas de douleur dans la poitrine. En avant, sonoréité de la poitrine normale ; râle muqueux. On craint de fatiguer le malade en auscultant en arrière. Les battements du cœur n'ont pas acquis un plus ample développement depuis l'opération,

seulement ils sont plus accélérés; ventre un peu douloureux, dans toute l'étendue comprise entre l'incision et le rebord des côtes; ballonnement et tympanite assez marqués; nausées, éructations, pas de vomissements; pouls développé, cent dix; aucune pulsation artérielle dans le membre, qui est chaud partout. Saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes), cataplasme émollient; lavement simple.

» Le soir, M. Lisfranc prescrit un demi-lavement avec deux onces de sulfate de soude. La tympanite avait augmenté; le lavement du matin n'avait pas été rendu; le pouls marque cent vingt-quatre, il est vibrant.

» A dix heures, une nouvelle saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes), prescrite conditionnellement, est pratiquée.

» *Quatrième jour.* Les symptômes de la congestion sanguine à la tête ont diminué; les crachats sont toujours sanguinolents, la respiration embarrassée. L'auscultation n'apprend rien de nouveau; tympanite abdominale diminuée. Il y a eu trois selles copieuses; le ventre n'est pas douloureux; pouls a cent quatre, toujours large et vibrant. Saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes); cataplasme, demi-lavement purgatif.

» *Cinquième jour.* Expression de la physionomie meilleure; le moral est relevé. Le malade ne paraît plus étranger à ce qui l'entoure. La pression sur l'abdomen déplace les gaz: le malade en rend beaucoup; deux selles

liquides. Le sang de la dernière saignée s'est recouvert d'une couenne jaune assez ferme; dans toutes les émissions sanguines, le sang n'a jamais offert de sérosité. Cataplasme fait avec une forte décoction de têtes de camomille; demi-lavement purgatif; quatre cuillerées de bouillon de poulet.

» Ballonnement plus marqué dans la région iliaque gauche; nouveau lavement purgatif; selle liquide très-abondante, avec émission de gaz. Le soir, le pouls, plus souple, marque quatre-vingt-quatre; la plaie suppure; le membre conserve sa chaleur normale et a repris sa sensibilité ordinaire; il n'y a plus d'engourdissement. Cataplasme; bouillon de poulet.

» *Septième jour.* Le malade s'est contrarié hier. Aujourd'hui légère excitation de la face; pouls plus développé, quatre-vingt-dix; ventre complétement affaissé; plus de ballonnement ni de douleur; respiration facile; cessation entière des expuitions sanguinolentes; tumeur anévrismale dure, du volume d'une grosse noisette; aucun battement artériel dans le membre; quatre cuillerées de potage féculent.

» *Neuvième jour.* Même état. Huit cuillerées de potage féculent.

» *Douzième jour.* Toute la portion de l'aponévrose du muscle grand-oblique qui a été mise à découvert est entraînée par la suppuration abondante et louable.

» Le malade mangera plus qu'hier : deux tartines de confitures.

» *Seizième jour.* Suppuration moindre ; plaie vermeille ; bourgeons charnus bien développés. La cicatrisation avance dans les deux tiers externes de la plaie ; elle est retardée dans son tiers interne par la présence du fil de la ligature. Tumeur anévrismale plus consistante chaque jour. Au-dessus d'elle, jusqu'à l'arcade crurale, on sent un cylindre dur produit par le caillot sanguin dans l'artère. Pouls normal. Deux petits potages ; blanc de poulet.

» *Dix-septième jour.* Dans la nuit, hémorrhagie ; on trouve des caillots accumulés dans les pièces d'appareil et dans la plaie ; M. Lisfranc se garde bien de les faire enlever. On évalue à deux cent quarante grammes (deux palettes) la quantité de sang qui s'est écoulé. Pouls régulier ; aucun battement ni au-dessus ni au-dessous de la tumeur. La ligature conserve avec la plaie les rapports dans lesquels elle a été placée depuis l'opération.

» A la visite du matin, la religieuse nous apprend, et le malade en convient, que plusieurs fois il s'est assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes, malgré toutes les recommandations qu'on lui a faites de garder le repos le plus absolu. Bouillons froids, tisanes acidules, une pilule de digitale pourprée.

» *Dix-neuvième jour.* L'hémorrhagie ne s'est pas renouvelée ; les caillots sont délayés en partie et entraînés par la suppuration ; on remarque dans l'épaisseur des muscles plusieurs taches noirâtres, lenticulaires, tout à

fait semblables à des ecchymoses. Trois potages légers et froids.

» *Vingt et unième jour.* Le nœud de la ligature se trouve engagé entre les bords de la plaie; il contient un petit lambeau de tissu artériel mortifié; on l'enlève avec les pièces de pansement sans exercer la plus légère traction. Il n'existe plus de trace de sang. Le quart d'aliments.

» *Vingt-quatrième jour.* Même état. Demi-portion.

» *Vingt-neuvième jour.* La plaie, plusieurs fois cautérisée avec le nitrate d'argent, et réunie dans ses deux tiers externes à l'aide de bandelettes agglutinatives, s'est beaucoup rétrécie. On a soin d'évacuer par des pressions modérées la matière purulente. Plusieurs fois par jour on répète le pansement. On donne au malade une position convenable.

» *Trente-troisième jour.* Douleur dans le flanc droit, en arrière surtout et au-dessus du rebord de l'os iliaque; tension et chaleur des téguments en ce point. La compression, conduite de cette région vers la plaie, fait jaillir une fusée de pus blanc, homogène, inodore. Une sonde de femme pénètre assez loin en remontant vers la partie supérieure de la région iliaque. L'ouverture extérieure de la plaie est agrandie sur une sonde cannelée. Quatre à cinq fois par jour on videra ce foyer.

» *Trente-quatrième jour.* Deux selles liquides; tension et météorisme de la région iliaque droite, qui est

douloureuse. Potages féculents ; injections d'eau de guimauve dans le foyer.

» *Trente-neuvième jour.* La matière purulente devient séreuse ; il n'en sort que deux cuillerées en vingt-quatre heures. Demi-portion.

» *Quarante-sixième jour.* Dans la soirée, je fus appelé auprès du malade, que je trouvai les traits altérés, la face pâle, la peau froide, le pouls petit : tout annonçait l'anxiété la plus vive. Interrogé, le malade dit que, depuis plusieurs heures, il éprouve des battements très-forts autour de la plaie. J'observe en effet un soulèvement lent et assez étendu des parois abdominales près de l'incision : c'est une espèce d'ondulation qui se répète quatre ou cinq fois de suite, cesse un instant, puis reparaît. Ce fait, nouveau pour moi dans une telle circonstance, m'effraya d'abord ; mais l'intermittence et le défaut d'isochronisme avec les battements du cœur me rassurèrent bientôt. Je crus à un spasme musculaire local, que la frayeur du malade était bien capable d'entretenir. Ces mouvements, en effet, disparurent promptement : on n'observait d'ailleurs rien de semblable sur aucun point du système musculaire.

» *Soixante-cinquième jour.* Le malade reprend de l'embonpoint ; la suppuration a diminué de plus en plus ; on a eu soin de maintenir l'orifice fistuleux dilaté ; on a continué les injections, avec la précaution de pousser le liquide doucement. Grâce à tous ces ménagements, le foyer se rétrécit chaque jour ; la matière éva-

cuée par la pression est séreuse : elle se réduit à deux cuillerées à café en vingt-quatre heures; la tumeur anévrismale, la continuité de l'artère fémorale, l'artère poplitée, l'artère tibiale postérieure, l'artère pédieuse, n'offrent aucun battement. Le malade, depuis deux jours, se promène au jardin; il mange les trois-quarts.

» *Soixante-quinzième jour.* La constitution se refait de plus en plus; le membre droit est un peu moins volumineux que celui du côté gauche; il se fatigue plus promptement; il y a un peu de roideur articulaire; la tumeur a le volume d'une noisette ordinaire un peu aplatie.

» *Quatre-vingt-sixième jour.* Le malade a été présenté à l'Académie de Médecine.

» *Quatre-vingt-douzième jour.* Il reste une fistule qui verse un peu de liquide séreux; l'embonpoint se rétablit; les forces reviennent rapidement; les artères du membre n'offrent toujours pas de battements sensibles. Hier, le malade a été voir sa famille; il demande à quitter l'hôpital.

» Je ferai remarquer combien cette observation vient à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que la chirurgie sans la médecine compte un très-grand nombre de revers. C'est à celle-ci qu'elle doit sa puissance conservatrice; sans son aide, les plus brillantes combinaisons du manuel opératoire seraient souvent inféondes. Ainsi, chez notre malade, congestions pulmonaire et

cérébrale, hémoptysie, douleur de l'abdomen et tympanite, tout a cédé aux moyens médicaux.

» Reste une fistule. Doit-on s'en inquiéter beaucoup? D'abord, elle s'est singulièrement rétrécie; et ne sait-on pas que tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, qu'à mesure que les malades engraissent, on voit ces trajets fistuleux se cicatriser? On peut donc, sans trop préjuger, attendre la guérison entière de l'embonpoint, qui se rétablit promptement chez le sujet de notre observation. C'est l'opinion de M. Lisfranc; c'est aussi celle de M. Cols, chirurgien de Dublin, et de plusieurs autres praticiens très-distingués qui ont vu le malade.»

Aux détails qu'on vient de lire, j'ajouterai les renseignements suivants :

Quelques semaines après la sortie du malade de l'hôpital, sa fistule disparut entièrement. Dans la première année qui a suivi l'opération, je l'ai montré plusieurs fois, parfaitement guéri, aux élèves qui venaient à ma clinique. Je terminerai cette observation en faisant remarquer que, dix-huit mois après la ligature de l'iliaque externe, on ne sentait aucun battement dans les artères crurale, poplitée, tibiale postérieure et pédieuse.

Fungus hématode. — Ligature de l'artère carotide. — Mort.

Lenoir (Joséphine), âgée de dix-huit ans, fut affectée, vers sa douzième année, d'une tumeur siégeant dans

l'échancrure parotidienne droite ; elle éprouva alors une céphalalgie légère et des battements dans la partie latérale de la tête, du côté de la maladie ; des palpitations de cœur se firent sentir. Les médecins qui furent alors consultés pensèrent qu'il s'agissait d'un engorgement lymphatique. Plusieurs hémorrhagies eurent lieu par le conduit auditif externe ; elles calmaient les accidents sans arrêter le développement de la tumeur, dont les pulsations de plus en plus marquées inspirèrent bientôt à la famille de la jeune personne des inquiétudes sérieuses.

Elle entra le 11 janvier 1827 à l'hôpital de la Pitié ; elle était dans l'état suivant : il existait dans l'échancrure parotidienne une tumeur du volume d'un œuf environ ; elle s'étendait depuis l'angle inférieur de la mandibule jusqu'à quelques millimètres (quelques lignes) au-dessus du lobe de l'oreille ; molle, arrondie, sans changement de couleur à la peau, elle diminuait par la pression ; elle offrait des battements isochrones à ceux du cœur : la compression exercée sur l'artère carotide primitive ne les faisait pas cesser, mais les diminuait seulement. Quand on comprimait la maladie, on ne déterminait aucun accident cérébral. Toutes ces circonstances firent présumer un anévrisme de l'artère carotide externe. (Saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes) ; demi-portion d'aliments.) Plusieurs médecins distingués sont consultés sur la question de savoir si le cœur est sain ; tous pensent que ce viscère

est à l'état normal. Une légère augmentation de volume de la partie supérieure de l'artère carotide primitive fait craindre que ce vaisseau ne soit lui-même anévrismal : l'issue d'une assez grande abondance de sang par le conduit auditif externe inspire des inquiétudes. Examiné avec soin, l'intérieur de l'oreille présente un petit tubercule mou, rougeâtre, formé par du tissu érectile; cette circonstance importante fait redouter l'existence d'un fungus hématode, contre lequel d'ailleurs la ligature de l'artère carotide primitive pourrait être tentée, puisqu'elle a été faite par A. Cooper, Travers à Londres, Delrymphe à Norwich, Macaulay à Édimbourg, Post à Boston; Giles Lyford, Walter, etc., l'ont aussi pratiquée.

Je présentai la malade à l'Académie royale de Médecine : on décida que l'opération devait être tentée, quelle que fût d'ailleurs la nature de la tumeur; on pensa généralement qu'il s'agissait d'un anévrisme.

Je liai l'artère carotide primitive le 10 avril, en présence de plusieurs membres de l'Académie : les battements, malgré l'opinion contraire de quelques auteurs, ne cessèrent point complétement dans la tumeur, dont le volume fut immédiatement diminué de moitié.

Durant les trois premières heures qui suivent l'opération, la malade se trouve très-bien : battements moins douloureux dans l'intérieur du crâne, face riante, pouls normal, et seulement douleur légère vers la plaie (eau de gomme, diète absolue); mais bientôt

le pouls devient fréquent, plein et dur; la face se colore, la conjonctive oculaire s'injecte, les yeux sont larmoyants, il existe de la céphalalgie (saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes) au bras, application de glace sur la tumeur); quelques heures après, la malade éprouve un petit mal de gorge. On supprime la glace à six heures du soir; quelques légers frissons, de la sueur, des imminences de syncope; des douleurs vives continuent vers le sternum dans la région épigastrique; des nausées, de la céphalalgie, un pouls plein et accéléré, la pâleur de la face, se font observer. La malade éprouve quelque soulagement quand on la met sur son séant. A huit heures, la face redevient normale, les douleurs épigastriques et sous-sternales sont moins fortes (même boisson); la nuit est assez calme.

Le 11, la difficulté de la déglutition a diminué; persistance des douleurs à l'épigastre, pouls fréquent, face vultueuse, céphalalgie calmée par trois épistaxis survenues de neuf heures du matin à midi : alors battements dans la tête, céphalalgie, étouffement; saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes) au pied; elle est suivie de beaucoup d'amélioration. Pansement matin et soir. Dans la soirée, les accidents reparaissent; saignée de deux cents quarante grammes (deux palettes) au pied. Soulagement marqué; deux heures de sommeil pendant la nuit.

Le 12 au matin, pulsations moins fortes dans la tu-

meur, qui paraît avoir un peu diminué de volume. Le mal de gorge a complétement disparu (pour tisane, limonade citrique); dans la journée, fortes douleurs de tête; pouls plein, fréquent; peau chaude, halitueuse; palpitations de cœur : saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes) au pied; diminution des phénomènes morbides.

Le 13, douleurs sous-sternales moins aiguës; la peau reste chaude, le pouls fréquent et plein; la céphalalgie persiste; saignée de deux cent quarante grammes (deux palettes) au pied; cessation complète des douleurs. Du côté de la plaie, tout présente un aspect favorable. Pansement simple, renouvelé deux fois par jour.

Le 14, sommeil léger durant la nuit; les douleurs d'estomac et de poitrine se font sentir de temps en temps (boissons émollientes); dans la journée, pouls fréquent, face colorée, chaleur âcre à la peau, veines de la face fortement gonflées, sentiment de faiblesse générale et de compression dans le thorax. Le soir, saignée de cent vingt grammes (une palette) au pied; elle est suivie d'une syncope légère, puis d'une amélioration sensible.

Le 15, pouls moins fréquent, moins plein; battements tumultueux dans la région précordiale, malaise général, anxiété (même boisson, potion antispasmodique).

Le 16, douleurs au cou : on les attribue à la position

constante qu'affecte la malade; faiblesse considérable; la plaie est bien, et la suppuration de bonne nature; on panse comme le premier jour.

Le 17, à quatre heures du matin, gêne de la respiration, douleur dans le côté droit du thorax, céphalalgie intense : saignée de cent quatre-vingts grammes (une palette et demi) au pied; elle est suivie immédiatement d'un mieux très-remarquable; à huit heures, même état. (Quelques cuillerées de bouillon, boisson délayante, potion antispasmodique.) Quand on lève l'appareil, on aperçoit sur l'artère un battement qui s'étend jusqu'à la ligature. Le soir, douleur à la gorge, prostration des forces, pouls moins accéléré, pulsations du cœur moins étendues.

Le 18, point de difficulté dans la déglutition, même état du cœur et du pouls. A cinq heures du soir, face altérée, gonflement des veines du front, sommeil d'une heure. La malade veut boire; elle porte la tête un peu en haut et en avant : légers picotements vers la plaie, et aussitôt hémorrhagie violente. L'appareil étant levé, le doigt de la religieuse, porté dans la plaie, ne peut pas arrêter l'écoulement du sang; le chirurgien de garde, arrivé sur-le-champ auprès de la malade, la trouve en syncope incomplète; l'hémorrhagie s'arrête : inspirations longues et rares; battements du cœur lents, faibles; pouls petit, misérable, très-facilement dépressible. La malade succombe à huit heures moins un quart; la tumeur a diminué de moitié.

Autopsie. Un fungus hématode est situé dans la région pharyngo-maxillaire; il s'étend depuis la face inférieure du rocher et du conduit auditif, auxquels il adhère par des prolongements très-forts, jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. Ses rapports sont les suivants : en avant, l'articulation temporo-maxillaire, dont il est séparé seulement par un petit ganglion lymphatique; un peu en dedans, le ptérygoïdien interne, qu'il a déjeté en avant; dans le même sens, le muscle stylo-hyoïdien, qui forme, avec le digastrique placé à la partie postérieure de la tumeur, une ouverture à travers laquelle elle a passé pour faire saillie au dehors. Le fungus touche aussi le bord postérieur de la mâchoire, et se prolonge sur la face externe du muscle masséter. Entre la branche de la mâchoire et la tumeur se trouvent : l'artère et la veine temporales superficielles, le nerf facial enveloppé par du tissu cellulaire induré, puis l'artère faciale, qui offre un très-grand nombre de branches, plusieurs veines insolitement développées et d'un volume remarquable, le ligament stylo-maxillaire, et enfin la branche cervico-faciale du nerf respirateur de la face.

En arrière le fungus hématode est fixé de haut en bas d'une manière très-solide, d'abord au conduit auditif, auquel il adhère si intimement qu'il est impossible, sans opérer quelque déchirure, de l'en détacher; il présente sur ce point une rainure où loge l'artère auriculaire, qui, dans cet endroit, donne deux bran-

ches allant directement se rendre dans la tumeur, et dont le diamètre est considérablement augmenté quand elles ont traversé son enveloppe. Dans ce sens, la tumeur a aussi des rapports avec les muscles grand oblique, grand droit antérieur de la tête, petit oblique et petit droit du même côté. En dedans, et très-profondément, elle appuie sur l'apophyse styloïde et sur l'insertion du bouquet anatomique de Riolan; elle s'étend jusque sur la face externe des constricteurs supérieur et moyen du pharynx, qu'elle pousse un peu en avant, pour se placer entre eux et la face antérieure des première, deuxième et troisième vertèbres du cou : là elle correspond à l'artère carotide interne, qui traverse son épaisseur, à la veine jugulaire interne qui contient, dans sa capacité, un prolongement considérable de la tumeur, à un grand nombre de vaisseaux accidentellement développés, au pneumo-gastrique, aux ganglions cervicaux supérieur et moyen.

Par son côté externe le fongus est en rapport avec du tissu cellulaire condensé; on n'y peut découvrir aucune trace des fibres du muscle peaucier, mais on y voit un plexus veineux inextricable, qui tire son origine de la tumeur. Dans les deux tiers antérieurs de cette même face se rencontre la glande parotide atrophiée et réduite à un très-petit volume. Le fascia cervicalis est tellement aminci, qu'il ressemble à une toile d'araignée; la peau est à l'état normal; la partie inférieure de la tumeur repose sur des ganglions lympha-

tiques réunis en grand nombre; sa partie supérieure se confond avec le rocher.

La base du crâne offre une altération bien remarquable; le rocher a triplé de volume; son bord supérieur est au même niveau que les petites ailes du sphénoïde; son tissu est mou, friable; en détachant la dure-mère, on enlève des fragments de cet os; l'intérieur du rocher est comme aréolaire, spongieux, d'un rouge semblable au corps caverneux un peu macéré. On y voit des cavités béantes qui paraissent être des veines dilatées. Le sinus caverneux du même côté est masqué par l'extrémité interne du rocher qui se continue avec les apophyses clinoïdes postérieures; ces parties osseuses réunies ne forment qu'une seule et même masse. La désorganisation du système osseux est telle, dans cet endroit, qu'on le traverse en plusieurs points avec des stylets qui, de l'intérieur du crâne, parviennent dans la région cervicale.

Les nerfs moteur oculaire commun, pathétique, tri-facial, et moteur oculaire externe, n'ont éprouvé aucun changement; il n'en est pas de même des nerfs acoustique et facial dont le volume, avant d'entrer dans le rocher, est le double au moins de celui qu'ils offrent à l'état normal : mais quelque minutieuses qu'aient été ses recherches, il fut impossible à M. Martinet, chargé de faire l'autopsie, de suivre le trajet de ces nerfs dans l'épaisseur du rocher.

Tous les sinus de la dure-mère sont énormément

dilatés, surtout ceux du côté malade; les sinus pétreux supérieur, inférieur, et caverneux correspondants, sont remplis de tissu érectil. L'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies dans leurs parties correspondantes à la face inférieure du lobe moyen du cerveau; elles sont adhérentes entre elles. Le cerveau ne remplit pas exactement la cavité crânienne. Un intervalle de sept millimètres (un quart de pouce) existe entre la boîte osseuse et l'encéphale, qui est pâle et d'ailleurs à l'état normal.

La tumeur est formée en partie par des vaisseaux anévrismatiques, en partie par du tissu érectile; elle n'a point de capsule particulière et n'est entourée que par un tissu cellulaire condensé, qui envoie dans son intérieur des prolongements fibreux s'entre-croisant en sens divers.

La plaie résultant de l'opération est cicatrisée dans ses deux tiers supérieurs; le reste est couvert de bourgeons charnus de bonne nature; aucun abcès, aucune fusée purulente ne siége dans la région cervicale. La ligature embrasse encore l'artère qui est rompue au-dessous d'elle.

Thorax : poumons et cœur à l'état normal; dans le médiastin postérieur, existent des ganglions lymphatiques ramollis, fournissant une matière caséeuse; aucun symptôme n'avait annoncé la présence de cette lésion.

Abdomen. Les viscères ne présentent aucune altéra-

tion; une grande quantité de gaz existe dans le canal intestinal et dans la cavité péritonéale.

Dans cette observation rapportée avec détail, et extraite de la *Revue médicale*, il n'est point question de tissu cérébriforme; aussi ce n'est pas sans étonnement que nous avons lu, dans le dictionnaire en vingt-cinq volumes, 2e édition, à l'article *Carotides* (anévrismes), tome VI, page 418, le passage suivant : « Les tumeurs » encéphaloïdes ont été prises au cou comme ailleurs » pour des anévrismes. M. Lisfranc a lié la carotide » primitive dans un cas semblable; au dixième jour » une hémorrhagie, provenant du bout inférieur de » l'artère, fit périr la malade, et l'on vit alors que la » tumeur de la région parotidienne n'était pas un » anévrisme. » (*Archives générales de Médecine*, tome XIV, pages 112 et 114.)

Remercions M. P. H. Bérard, auteur de l'article que nous venons de citer, de la bienveillance avec laquelle il nous fait commettre gratuitement une grave erreur; nous avons relu avec attention les *Archives*, et nous y avons trouvé un résumé conforme à notre observation. A la page 112, on rend un compte exact de l'opération et de l'état de la malade pendant les trois premiers jours qui la suivirent; enfin, à la page 114, il n'est point question de tumeur encéphaloïde, comme on va le voir; citons textuellement : « M. Lisfranc ap- » prend que la malade à laquelle il avait pratiqué la » ligature de la carotide primitive, et dont il a entre-

» tenu la section dans sa séance dernière, a succombé
» le dixième jour, après avoir éprouvé une hémorrhagie
» produite par une déchirure survenue à la carotide
» immédiatement au dessous de la ligature. Cet acci-
» dent est survenu lorsque tout faisait espérer un succès
» complet, *car le volume et les battements de la tu-*
» *meur avaient diminué*, et la plaie était presque cica-
» trisée; la maladie qui avait nécessité l'opération était
» *un fongus hématode avec dilatation d'artères vo-*
» *lumineuses qui le recouvraient et pénétraient dans*
» *son épaisseur.* Ce fongus était situé dans l'échan-
» crure parotidienne. » (*Archives générales de Médecine*, tome XIV, page 114.)

Blessure de l'artère crurale. — Anévrisme faux primitif simulé. — Ligature. — Guérison. — Malade présenté à l'Académie.

M. A., âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, d'une excellente constitution, d'un caractère très-violent, saisit, le 3 juin 1827, dans un accès de colère, un couteau de cuisine de vingt-sept centimètres (neuf pouces) de longueur, et se traversa la cuisse de part en part. L'instrument avait pénétré de dehors en dedans, à l'union du tiers supérieur du membre avec le tiers moyen; il était sorti à trois centimètres (un pouce) environ au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Une hémorrhagie violente eut lieu; il était cinq heures après midi. MM. les docteurs Devilliers et Salone, M. Mar-

tinet, élève de ma division, établirent une forte compression au-dessous du ligament de Fallope; le sang cessa de couler. L'accident ayant eu lieu peu d'instants après le repas, le malade fût soumis à des vomissements qui rendirent la compression fort difficile.

Je vis le blessé à dix heures du soir : il existait des vomissements continuels, des soubresauts de tendons, des syncopes fugaces, une grande pâleur. La cuisse avait au moins doublé de volume; s'agissait-il d'un épanchement sanguin très-considérable dans son épaisseur ? la peau n'avait pas changé de couleur; j'avais vu d'autres cas de ce genre dans lesquels, malgré l'opinion des auteurs, la tuméfaction inflammatoire était survenue une ou deux heures après la blessure. Le toucher pratiqué sur le membre, dont la caloricité avait augmenté, était très-douloureux et semblait indiquer qu'il n'existait pas d'infiltration sanguine : lors même qu'elle aurait eu lieu, il ne me paraissait pas impossible de mettre le vaisseau à découvert et de le lier vers le point où il avait été lésé.

Au lieu d'inciser, comme on l'avait conseillé, dans la direction de l'artère, de mettre à découvert la face antérieure du muscle couturier, de la disséquer dans une grande étendue pour en aller chercher le bord interne et le relever, je mis en usage le procédé opératoire que j'ai imaginé : on sait que mon incision partant de l'union du tiers inférieur de la cuisse avec le

tiers moyen, longe le côté interne du couturier, et, qu'ainsi j'évite de mettre à découvert la face antérieure de ce muscle : à cause du siége de la blessure, cette incision à laquelle j'ai donné l'étendue de dix centimètres cinq millimètres (trois pouces et demi), fut commencée à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. Le tissu cellulaire sous-cutané avait au moins doublé d'épaisseur, et n'offrait aucune trace d'infiltration sanguine : on n'en remarquait pas davantage sous l'aponévrose crurale : le couturier était tuméfié; son bord interne, près de l'anneau, concourait à la formation du trajet de la plaie; on trouvait, sous ce muscle, autour de la solution de continuité, des adhérences qui furent détruites avec le doigt : ici les tissus étaient noirs, légèrement infiltrés de sang, dans l'étendue d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) longitudinalement et de trois centimètres (un pouce) transversalement. Derrière le même muscle et surtout sous l'aponévrose qui se réfléchit sur l'artère, et vers le point où elle était lésée, se trouvaient des caillots très-denses, agglomérés et du volume d'un gros œuf de poule; ils furent enlevés; j'ouvris plus largement la gaîne de l'artère : ce vaisseau très-petit parce qu'il ne contenait pas de sang, était couvert par la veine crurale fort développée, et dont le volume augmentait singulièrement chaque fois que le malade poussait des cris ou faisait des efforts pour vomir; elle fut facilement écartée. Mais quel

était le point où l'artère avait été blessée? les recherches auxquelles je me livrai, furent d'abord inutiles : on cessa un instant la compression; le sang jaillit; j'arrêtai l'hémorrhagie avec mon doigt; on comprima de nouveau; je portai un stylet sur le point du vaisseau où ce doigt avait été appliqué, il put à peine pénétrer dans la solution de continuité de l'artère qui avait diminué d'étendue par la vacuité du vaisseau; je plaçai une seule ligature plate au-dessus de la plaie artérielle; mais avant de la serrer, je fis exécuter à l'artère un léger mouvement de rotation sur son axe, pour m'assurer qu'il n'existait pas de nerfs collés à sa partie postérieure. Pour lier au-dessous de la blessure, je fendis l'anneau du troisième adducteur dans l'étendue de trois centimètres environ (un pouce). Je réunis par première intention.

Des douleurs très-fortes se manifestèrent immédiatement vers le cou-de-pied et la malléole interne. La première nuit le malade ne dormit point.

Le 4 juin, le membre a conservé sa chaleur normale : vomissements intermittents et sans aucun effort; quelques instants de sommeil dans la journée. Vers dix heures du soir délire fugace, pouls plein, fréquent, peau chaude. Le malade avait perdu beaucoup de sang; on ne pratiqua pas de saignée; il dormit pendant la nuit trois heures à des intervalles différents.

Le 5, le malade a parfaitement dormi; on continue la diète absolue et l'eau de gomme; la suppuration

commence à s'établir; elle est de bonne nature; le pus sort assez abondamment de l'orifice externe de la plaie produite par le couteau; chaleur du membre normale, point de douleur.

Le 6 juin même état; seulement la matière purulente sort presque uniquement et en grande quantité par la plaie résultant de l'opération. (Tisanes émollientes, deux demi-lavements, pansements répétés trois fois par jour); on avait soin d'évacuer autant que possible le pus renfermé dans l'épaisseur du membre.

Le 7 le pus sort par la plaie externe et par la partie supérieure de mon incision : le membre, placé sur un double plan incliné d'oreillers, repose sur sa face postérieure.

Le 8 il sort très-peu de pus malgré les pressions qu'on exerce sur le membre.

Le 9 la matière purulente est plus épaisse et plus abondante; pour empêcher son accumulation on met en usage un bandage expulsif légèrement serré.

Le 10, l'état du malade est très-satisfaisant; on sent distinctement les pulsations de l'artère poplitée.

Le 11, suppuration presque nulle; les battements de l'artère tibiale postérieure ne sont pas faciles à reconnaître; mais les doigts sentent sur le trajet de ce vaisseau une espèce de frémissement.

Le 12, le pansement n'ayant pas été fait deux fois le jour précédent, la suppuration est plus abondante; le malade demande avec instance des aliments; il est

encore soumis à la diète absolue. On sent les pulsations de l'artère tibiale antérieure.

Le 13 et le 14, l'état général est très-bon; chute de la ligature inférieure, membre détuméfié et revenu à son état normal; les battements des artères tibiale postérieure et pédieuse sont évidents (bouillon de poulet).

Le 15 et 16 juin, chute de la ligature supérieure, peu de suppuration.

Le 17, les linges de l'appareil sont à peine tachés par le pus. On sent à travers les téguments un cordon dur s'étendant depuis la ligature supérieure jusqu'à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) au-dessous de l'arcade crurale. (Trois cuillerées de potage féculent matin et soir.)

Le 18, le malade est en pleine convalescence; les mouvements du membre sont faciles : on augmente peu à peu l'alimentation; la solution de continuité est pansée avec le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés; elle est bientôt cicatrisée.

Le 30 juin le malade est guéri; il peut se livrer à ses occupations : il existe cependant encore un engorgement autour de la cicatrice résultant de la plaie pratiquée pour l'opération; il se dissipe en peu de jours sous l'influence de l'application des sangsues en petit nombre.

UN MOT

SUR L'ANÉVRISME FAUX PRIMITIF.

J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un malade dont la jambe avait été fracturée; la tibiale antérieure était ouverte : tous les signes du sang artériel abondamment infiltré dans l'épaisseur du membre, existaient; des battements très-faciles à percevoir, siégeaient sur le trajet de l'artère et sur le point correspondant à la fracture ; on incise sur ce point pour mettre le vaisseau à découvert et pour en pratiquer la ligature : le bistouri pénètre dans une poche contenant du sang et un petit caillot ; elle avait été formée peut être par l'irruption de la colonne sanguine sortant de l'artère blessée en cet endroit, ou mieux encore par les fragments qui avaient déchiré les parties molles : il est probable aussi que ces deux causes avaient pu agir simultanément et concourir à produire le même effet : l'anévrisme par diffusion offre donc quelquefois des pulsations, quoi qu'en aient dit un grand nombre d'auteurs.

L'anévrisme faux primitif ne se forme pas toujours immédiatement après la blessure de l'artère; on a vu

des vaisseaux volumineux ouverts ne produire des hémorrhagies que quelques jours après leur lésion ; si alors le sang s'épanche à l'extérieur, pourquoi le défaut de parallélisme entre des ouvertures pratiquées sur les parties molles ne lui permettrait-il pas aussi de s'infiltrer dans l'épaisseur des tissus ? On a dit peut-être avec raison qu'un muscle appliqué exactement sur une petite plaie artérielle expliquait l'absence momentanée de l'écoulement du sang dans le cas qui nous occupe.

Une balle a violemment froissé les parois d'une artère ; elles s'enflamment, elles peuvent se rompre : il est possible que le sang éprouvant de la difficulté ou même de l'impossibilité à se porter à l'extérieur, occasionne consécutivement l'anévrisme faux primitif : nous supposons que la plaie est récente, et que son trajet n'offre pas encore les conditions propres à résister à l'effort du liquide : j'ai été témoin de deux faits de ce genre.

Les parois du vaisseau sont quelquefois frappées de mort par une violente contusion ; c'est seulement à l'époque où l'escarre se détache que le sang coule : si la plaie présente la disposition que j'ai indiquée, l'anévrisme consécutif par diffusion pourra encore se montrer. J'ai observé ce cas remarquable sur un sujet dont j'ai fait l'autopsie. D'après ces données, on a tort d'avancer dans beaucoup de livres que la tuméfaction du membre, survenue quelque temps après la blessure, est due à l'inflammation : la très-grande rapidité

avec laquelle elle se fait, n'importe à quelle époque, est le signe pathognomonique de la maladie.

Une balle a pénétré profondément dans les tissus; elle a labouré, par exemple, le côté interne du bras dans une grande étendue; il survient une hémorrhagie; les artères situées au-dessous de la plaie offrent des pulsations normales : les moyens hémostatiques ordinaires ont échoué : faut-il lier la branchiale au-dessus de la solution de continuité? J'ai vu suivre plusieurs fois ce précepte et j'ai vu l'écoulement du sang se reproduire peu de temps après. Si la blessure n'est pas trop récente, si elle date de plusieurs jours, si des bourgeons charnus sont développés à sa surface, si elle est le siége d'une inflammation qui s'étend plus ou moins loin, je conseille de boucher ses orifices; ainsi le sang ne pourra très-probablement pas s'infiltrer dans les tissus, à cause des circonstances que nous venons d'indiquer; il s'accumulera dans le trajet de la plaie; il deviendra lui-même un moyen de compression capable d'arrêter l'effusion sanguine. Après le premier septénaire environ, on débouchera la plaie; le lendemain, on évacuera une partie des caillots à l'aide de légères pressions; un peu plus tard, si besoin est, on portera dans le foyer qui renferme encore du sang coagulé une sonde de femme, afin d'en faciliter l'expulsion. J'ai plusieurs fois employé ce moyen; jusqu'aujourd'hui il m'a toujours réussi.

NOTE SUR LA NÉCROSE

ET LA CARIE.

Nécrose. La nécrose est quelquefois très-limitée en surface comme en profondeur : par cela même que la suppuration est abondante, que les fistules sont nombreuses, et qu'il existe sur les parties molles beaucoup d'indurations, on se décide souvent à pratiquer des amputations que les pièces d'anatomie pathologique ne sauraient justifier : j'insiste sur ce point important de thérapeutique ; car, malgré les beaux travaux publiés sur la maladie qui nous occupe, je demeure convaincu qu'on a singulièrement négligé les données que je vais établir : cette négligence est due sans doute au peu d'aptitude qu'ont, en général, les chirurgiens à traiter convenablement les engorgements appelés vulgairement blancs.

Le père d'un jeune homme attaché au collége Henri IV portait, sur le trajet du premier métatarsien gauche, deux fistules siégeant au milieu de parties molles largement et profondément indurées; elles fournissaient une grande

quantité de matière purulente : l'introduction du stylet faisait reconnaître une nécrose. Était-elle superficielle, était-elle au contraire étendue en profondeur? Dans le doute, nous tentâmes d'obtenir la guérison sans opération; nous eûmes recours aux cataplasmes émollients et au repos; nous fîmes appliquer des sangsues et pratiquer des injections émollientes dans les trajets fistuleux, pour combattre la subinflammation; elle céda; l'abondance du pus, le volume de l'engorgement avaient déjà diminué. Quelques jours après, la pommade d'iodure de plomb fut employée; on établit la compression avec de l'agaric et des circulaires de bande; on eut soin de ne point couvrir les orifices des fistules; on injecta du chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés; il sortit un morceau d'os de la largeur et de l'épaisseur du bout de l'ongle du doigt annulaire; les parties molles revinrent à leur consistance ordinaire; la source du pus se tarit; la solution de continuité se cicatrisa et le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri; le traitement dura cinq semaines. Il serait inutile de citer d'autres faits; il suffira de dire que nous avons obtenu des résultats aussi heureux dans un grand nombre de circonstances.

Mais on ne réussit pas toujours; il est même impossible, nous l'avons déjà dit, de savoir *à priori* si le traitement que nous indiquons n'échouera pas; il aura au moins l'avantage d'améliorer l'état des parties molles et d'augmenter les chances favorables à l'opération. Si la maladie n'est pas guérie, si elle n'a pas fait de grands

progrès vers la guérison, au bout de cinq ou six semaines, on se décidera à opérer.

Lorsqu'avec une sonde cannelée, on trouve qu'un os est largement dénudé, lorsqu'on sent sa surface polie ou parsemée de rugosités, lorsque, depuis longtemps, il est baigné par la suppuration, lorsque, percuté par l'instrument, il ne produit pas d'ailleurs un son creux, est-il nécessairement nécrosé? Beaucoup de chirurgiens répondraient par l'affirmative; l'anatomie pathologique m'a appris à rester dans un doute philosophique à cet égard : je conseille alors de tenter les moyens propres à conserver le membre.

Un malade couché dans la salle Saint-Louis avait été affecté d'un panaris : depuis six mois environ, le doigt indicateur de la main droite était le siége de deux fistules, et d'un engorgement considérable des parties molles sous lesquelles le pus séjournait : on s'assurait à l'aide de la sonde que presque toute l'étendue de la face antérieure de la première phalange était dénudée : ici sa surface était lisse; là elle était un peu rugueuse : percuté par l'instrument l'os donnait un son mat.

J'incisai les orifices des trajets fistuleux pour donner facilement issue aux matières purulentes. J'appliquai des cataplasmes émollients; on fit des injections de même nature et l'on mit des sangsues; le pus diminua; les parties molles se détuméfièrent, elles reprirent leur consistance normale; quinze jours suffirent pour cicatriser la solution de continuité; le doigt recouvra

bientôt la liberté entière de tous ses mouvements.

Pendant que j'étais chargé provisoirement, en 1826, de faire la clinique de perfectionnement, à l'hôpital Saint-Côme, un homme vint me demander des soins pour un engorgement des parties molles situées autour du cinquième métacarpien : une fistule existait; elle pénétrait sur l'os assez largement dénudé; la maladie avait été déterminée par une roue de voiture; on avait voulu, dans un autre hôpital, pratiquer une amputation; nous mîmes en usage le traitement que nous venons d'indiquer, auquel, au besoin, nous aurions fait succéder les fondants : vingt-cinq jours suffirent pour obtenir la guérison. J'ai montré, à l'hôpital de la Pitié, plusieurs cures de ce genre sur les premier et cinquième métatarsiens.

Un vieillard d'une faible constitution, fut affecté d'une fièvre grave et d'un vaste abcès profond, siégeant sur la partie inférieure de la cuisse; je pratiquai une large ouverture pour donner issue à la matière purulente; on s'assurait avec le doigt indicateur que le fémur était dénudé dans toute sa circonférence; la sonde faisait connaître que cette dénudation occupait toute l'étendue du tiers inférieur du corps de l'os. La fièvre disparut. On continua les cataplasmes émollients; on fit des injections de même nature dans le foyer; on administra des toniques, des amers à l'intérieur; les forces augmentèrent peu à peu, la suppuration diminua, la santé générale devint excellente : le kyste pu-

rulent ne se cicatrisait pas, l'os restait toujours dénudé. Beaucoup de praticiens disent qu'ils n'ont jamais vu un seul cas de ce genre guérir. Fallait-il pratiquer l'amputation de la cuisse? Mais loin d'être affaiblie par la sécrétion assez abondante du pus, la constitution du malade et sa santé générale s'étaient singulièrement améliorées. J'attendis, et j'eus raison d'attendre, puisque le malade est récemment sorti de notre hôpital parfaitement bien rétabli. Un bandage expulsif a beaucoup contribué à sa guérison, qui d'ailleurs s'est fait longtemps attendre. De ces faits fort encourageants découle le précepte de ne pas se hâter d'opérer, à moins qu'il n'y ait péril en la demeure; d'employer le traitement destiné à améliorer l'état de l'os, à amener les parties molles, qui souvent seules entretiennent la maladie, à des conditions propres à obtenir la cicatrisation. Ainsi, nous rétrécirons de nouveau le domaine de la médecine opératoire; car si la chirurgie est belle quand elle opère, elle est bien plus brillante encore lorsqu'elle guérit sans soustraire au malade quelques-uns de ses organes, sans plonger le bistouri dans ses chairs palpitantes et sans faire couler du sang.

Après avoir donné quelques considérations sur la nécrose en général, il ne sera peut-être pas inutile de parler un instant de la nécrose scrofuleuse en particulier. Tout le monde sait combien est fréquente, chez les enfants, la mortification du tissu spongieux des os; ordinairement de longue durée, cette maladie déter-

mine, dans l'épaisseur des parties molles, un engorgement considérable qui peut devenir, pour le diagnostic, une source d'erreur : souvent alors on porte un pronostic fâcheux, quelquefois même on pratique de graves opérations, et on est étonné, à la dissection des pièces pathologiques de voir que l'on ne possédait pas des notions bien précises sur le siége, l'étendue et la gravité de l'affection. De plus, chez des enfants scrofuleux qui paraissaient, au premier abord, devoir être amputés, il n'est pas rare d'observer des conditions anatomo-pathologiques favorables à la conservation du membre malade. Les circonstances sur lesquelles nous venons d'appeler l'attention ont été observées avec un soin scrupuleux, une intelligence rare et une sévérité de jugement remarquable, par un de nos élèves, M. Malespine, interne des hôpitaux : son excellent Mémoire inséré dans la *Revue Médicale* (octobre et novembre 1841) a pour titre : *Recherches pour servir à l'histoire des maladies des os*. Nous mentionnerons ici les observations les plus importantes qu'il renferme.

Dans l'une des propositions placées au commencement de son travail, l'auteur fait remarquer que les lésions du tissu spongieux sont incomparablement plus fréquentes que les lésions du tissu compacte; il ajoute que les désordres commencent presque toujours dans l'épaisseur des os; que rarement ils débutent par la périphérie, plus rarement encore par les parties molles qui les entourent. Le mal s'étend ensuite du centre vers la

circonférence, frappe les os courts dans toute leur étendue et s'arrête au périoste et aux cartilages d'encroûtement; ces dernières parties, continues et très-bien conservées, forment une enveloppe reproductrice dans l'intérieur de laquelle se trouve incarcéré un séquestre plus ou moins volumineux. Voici comment est constituée cette enveloppe reproductrice.

Épaissi et tuméfié par le travail d'ossification secondaire dont il est le siége, le périoste envoie un prolongement fibro-vasculaire au-dessous des cartilages d'encroûtement; ce prolongement du périoste qui, à l'état normal, échappe à tous nos moyens d'investigation, devient manifeste sous l'influence de la phlegmasie provoquée par la présence du séquestre; il est adhérent ou pour mieux dire intimement confondu avec la portion cartilagineuse qu'il double; tantôt il est rouge, friable; quelquefois il a subi un commencement d'induration osseuse; dans tous les cas, il suit les phases du travail réparateur, et constamment le cartilage primitif revêt l'ossification secondaire. Il résulte de cette curieuse disposition que ces cartilages placés sur les limites du mal sont continus au périoste dont ils peuvent être considérés comme une dépendance; qu'après la guérison soit spontanée, soit par suite de l'extraction du séquestre, ils se trouvent à la périphérie de la portion régénérée; qu'ils constituent à la fois un moyen d'union entre la production nouvelle et les os voisins, et des surfaces de glissement à

l'aide desquelles peuvent s'exécuter divers mouvements. Le prolongement du périoste dont nous venons de parler pourrait-il être le résultat du travail pathologique?

Il n'est pas nécessaire de faire ressortir l'importance pratique des données précédentes; on comprend tout le parti que l'on peut tirer de la conservation des cartilages et de l'enveloppe nourricière des os; quand on sait temporiser, chez les enfants, on doit beaucoup de succès à la disposition anatomique sur laquelle nous venons d'insister; peu à peu les séquestres se résorbent ou sont entraînés, par le pus, sous forme d'esquilles; les portions les plus volumineuses que l'on peut saisir sont retirées, et l'on conserve ainsi très-souvent des membres que l'on croyait devoir sacrifier. N'omettons pas de dire que l'heureuse disposition à la faveur de laquelle l'articulation reste intacte a été spécialement observée par M. Malespine, pendant le jeune âge, dans les nécroses des phalanges, des os du tarse et du carpe.

Un fait signalé depuis longtemps est le suivant : lorsqu'un os mortifié séjourne au sein des tissus vivants, il est insensiblement résorbé et finit même quelquefois par disparaître complétement; M. Malespine a fait des recherches sur ce sujet, et les résultats auxquels il est arrivé nous paraissent trop intéressants pour que nous ne citions pas textuellement quelques passages de son Mémoire.

« Après avoir décrit les altérations pathologiques
» que l'on remarque sur les différentes parties placées
» autour de la nécrose, je dois dire quelques mots sur
» le séquestre; lorsqu'un os se détache de son enveloppe
» nourricière, la face interne de cette enveloppe se
» couvre d'une couche continue de bourgeons vasculaires;
» ces bourgeons s'organisent et forment un
» kyste destiné à isoler les portions mortifiées et à les
» séparer des tissus vivants; le phosphate calcaire destiné
» à réparer la déperdition de substance est ensuite
» déposé en dehors de ce kyste, dans l'épaisseur du périoste,
» et l'ossification secondaire s'accroît de la circonférence
» vers le centre : tandis que ce travail s'accomplit,
» l'os, frappé de mort, diminue de volume,
» se désorganise et fait place, pour ainsi dire, au développement
» de la production nouvelle qui doit se
» substituer à l'ossification primitive.

» Un os mortifié, placé au sein des tissus, est entouré
» des conditions les plus favorables à sa décomposition :
» 1° il séjourne dans un foyer dont la température
» est assez élevée; 2° il est constamment
» baigné par le pus qui s'infiltre dans son épaisseur, et
» détruit peu à peu la cohésion de ses parties constituantes;
» 3° si le foyer communique avec l'air extérieur
» par un ou plusieurs trajets fistuleux, la matière
» purulente renfermée dans ses aréoles s'altère, la
» putréfaction s'empare des tissus qui ont perdu la vie,
» et bientôt le séquestre est réduit à ses éléments ter-

» reux ; 4° les substances dures n'étant pas aussi facile-
» ment détruites et résorbées que les substances molles,
» la masse d'un séquestre diminuera plus rapidement
» chez un sujet peu avancé en âge ; pendant les pre-
» mières années de la vie, en effet, non-seulement
» l'activité organique est très-énergique, mais encore
» la proportion du phosphate calcaire est peu con-
» sidérable, surtout lorsque l'ossification n'est pas
» achevée. »

En prenant pour point de départ ces considérations préliminaires, M. Malespine aborde une question importante, je veux parler des tubercules des os ; les conséquences auxquelles il arrive sont inattendues et peuvent au premier abord paraître paradoxales, mais l'examen attentif de son travail démontre qu'elles reposent sur des faits rigoureusement observés. Voici comment il s'exprime :

« Chez les enfants, la nécrose centrale du tissu
» spongieux est assez fréquente ; lorsqu'elle survient,
» la portion frappée de mort se détache, s'enkyste
» et finit par disparaître en totalité ou en partie,
» après avoir subi les modifications dont nous avons
» parlé : l'os partiellement altéré présente alors une
» cavité circonscrite, résultant d'une véritable perte de
» substance, comme celle que pourrait produire un
» emporte-pièce. N'ayant point tenu compte de tous
» les phénomènes sur lesquels nous avons appelé l'at-
» tention, les pathologistes ont décrit ces cavités

» comme étant produites par des tubercules enkystés » des os ; l'erreur était facile et souvent elle a été com- » mise, je m'en suis assuré par la lecture attentive de » plusieurs observations et par l'analyse de quelques » travaux récemment publiés sur ce sujet. On n'a pas » étudié les rapports qui existent entre la nécrose et les » lésions osseuses consécutives, on n'a pas apprécié les » modifications successives dont un séquestre est sus- » ceptible, et alors on a décrit, comme tout à fait dis- » tinctes, deux altérations pathologiques qui sont des » nuances d'une seule et même maladie.

» Pendant que j'étais attaché à l'hôpital des Enfants- » Malades, j'ai plus spécialement dirigé mes recher- » ches sur les maladies du système osseux ; des collec- » tions purulentes isolées ayant succédé à une nécrose » se sont fréquemment présentées à mon observation ; » presque toujours j'ai pu constater, au milieu du pus » dont les kystes étaient remplis, des débris terreux » plus ou moins divisés, qui attestaient l'existence » antérieure d'une mortification partielle de l'os ; dans » quelques cas, il est vrai, je ne retrouvais point des » fragments osseux mêlés au pus, mais il n'était pas » rare d'observer, au voisinage du foyer simulant un » tubercule ramolli, une ou plusieurs excavations dans » lesquelles il y avait une portion de séquestre. Cette » circonstance devenait pour moi un indice précieux ; » raisonnant par analogie, prenant pour point de dé- » part une altération connue, étudiant avec soin ses

» phases successives, je pouvais suivre le passage de » l'une à l'autre, et arriver ainsi à éclairer le point liti- » gieux. Par cette méthode, je me suis assuré que l'af- » fection dite tuberculeuse était la dernière période de » la nécrose ; je suis persuadé, en effet, que ces deux » états particuliers, en apparence si différents, doivent » être réunis dans une même description, on ne sau- » rait, dans la plupart des cas, les séparer l'un de » l'autre; il y a uniquement entre eux une question de » temps, et nullement une question de pathologie spé- » ciale. D'ailleurs ma conviction repose sur un autre » motif : je n'ai jamais vu, soit dans les os courts, soit » dans le tissu spongieux des os cylindriques, des pro- » ductions morbides qui méritassent réellement le nom » de tubercule cru; dès lors il m'a été impossible de » saisir entre l'état de crudité et l'état de ramollisse- » ment, cette période de transition qui se présente si » souvent à l'observation dans l'étude de la phthisie » pulmonaire.

» Cependant, il faut en convenir, la matière renfer- » mée dans les excavations osseuses ressemble, sous beau- » coup de rapports, à la matière tuberculeuse ramollie ; » on se rend compte de cette trompeuse analogie, lors- » qu'on examine les caractères du pus, chez les indivi- » dus affectés d'abcès scrofuleux ; chez eux, ce liquide » est composé de deux parties distinctes, l'une séreuse, » l'autre assez consistante, grumeleuse : la première, » très-ténue, se résorbe facilement ou s'écoule au dehors

» par les trajets fistuleux les plus déliés; la seconde, assez » épaisse au contraire, se rassemble dans le foyer, ad- » hère à ses parois et se montre sous forme de masses » variables par leur volume, leur couleur, leur consis- » tance, etc., etc.

» Cette décomposition de la matière purulente dé- » termine au sein du tissu osseux l'apparition de ces » dépôts qui peuvent, au premier abord, paraître de » nature douteuse, surtout lorsqu'on les considère abs- » tractivement; composés dans l'immense majorité des » cas de pus semi-concret et de détritus terreux, ils » constituent, sous cette forme, cette variété de pro- » duction accidentelle à laquelle on donne aujourd'hui » la dénomination vicieuse de tubercule crétacé. Dans » quelques cas très-rares, ces dépôts sont homogènes; » ils existent sans résidu osseux et offrent la plus grande » analogie avec la matière tuberculeuse ramollie; mais » alors, selon toutes les probabilités, ils ont encore » succédé à une nécrose : un peu plus haut, j'ai donné » des raisons qui m'ont paru légitimer cette manière » de voir. »

Cette appréciation nous paraît être l'expression de la vérité et nous offre d'autant plus de garanties que nous avons eu sous les yeux les pièces pathologiques décrites dans le mémoire dont nous nous occupons : elle est principalement satisfaisante sous le point de vue du pronostic : on portera en effet un jugement beaucoup moins défavorable sur les suites de la maladie, en ayant

la certitude que l'on n'a pas à combattre une affection tuberculeuse proprement dite, mais une nécrose centrale très-circonscrite, c'est-à-dire une lésion locale; du reste M. Malespine ne nie point l'existence des tubercules osseux ; il fait seulement remarquer qu'il n'a jamais observé cette production accidentelle; il montre ensuite quelle marche il a suivi pour se mettre à l'abri de l'erreur; en dernière analyse, il élève des doutes sur l'extrême fréquence des tubercules des os, et démontre qu'en introduisant dans la science une dénomination très-souvent vicieuse, quelques auteurs ont contribué à porter la plus grande confusion dans la pathologie déjà si obscure du système osseux. Pour mieux faire comprendre ces idées, nous allons encore extraire quelques passages du mémoire de M. Malespine.

« Dois-je nier l'existence des tubercules, parce » je n'ai jamais trouvé ni cette production accidentelle » à l'état de crudité, ni son point de départ, la granu- » lation grise? Certes, je n'ai point l'intention de ré- » voquer en doute la bonne foi des observateurs qui, » avant moi, ont écrit sur ce sujet; je veux seulement » faire remarquer que, trompés par les apparences, ils » ont pu quelquefois prendre pour une affection réelle » les effets d'une maladie dont on ne connaissait pas » tous les caractères. N'ayant point la prétention de » porter un jugement définitif, je me hâte de dire qu'il » faut laisser au temps et à l'expérience le soin de sanc- » tionner ou de rejeter cette doctrine. Néanmoins, en

» admettant le tubercule enkysté, tel qu'il a été décrit
» par M. Nelaton, je signalerai, dans sa thèse, un pas-
» sage qui me paraît contestable; je cite textuelle-
» ment.

» *Pour compléter l'histoire de cette forme de* » *l'affection tuberculeuse* (*l'*infiltration), *j'ajouterai* » *qu'elle peut être suivie de la formation de ces* » *kystes tuberculeux que j'ai décrits en parlant de la* » *première forme de cette affection; cependant*, » *comme l'infiltration est ordinairement diffuse*, » *qu'elle attaque souvent une étendue considérable* » *du tissu osseux, il est plus rare de trouver des* » *kystes aussi bien limités, aussi bien organisés que* » *dans la première variété* (page 27, thèse n° 376).

» Placé dans l'épaisseur d'un os, un tubercule agit » comme corps étranger et détermine un travail fluxion- » naire sur toutes les parties adjacentes; d'abord, il en- » traîne la rougeur, l'injection et ensuite le gonflement » ou l'hypertrophie des lamelles qui le circonscrivent; » en même temps, les aréoles du tissu spongieux se ré- » trécissent et sont, pour ainsi dire, comblées par la tu- » méfaction de la membrane médullaire. Au bout d'un » certain temps, lorsque la période de suppuration ar- » rive, l'os s'infiltre de matière purulente et présente » des taches grisâtres ou jaunâtres demi-transparentes » ou opaques; mais ces taches, quelle que soit la nuance » de leur coloration, se manifestent à l'occasion du tu- » bercule; elles reconnaissent pour cause la phlegmasie

» déterminée par la présence de ce corps étranger. C'est
» ainsi que j'explique, dans les circonstances supposées,
» l'infiltration à laquelle on a donné un nom spécial;
» je me demande d'ailleurs comment M. Nelaton a fait
» pour s'assurer que, dans certains cas, l'*infiltration tu-*
» *berculeuse*, admise par lui, précède l'apparition du
» tubercule enkysté.

» Pour qu'un kyste se forme de toute pièce, il faut
» nécessairement que le point de l'économie sur lequel
» il doit s'organiser soit pourvu de vaisseaux; en admet-
» tant la supposition de M. Nelaton, on ne tardera pas
» à voir qu'il arrive bientôt un moment où il n'est plus
» possible de trouver non un kyste bien limité, bien
» organisé, mais un kyste même à l'état rudimentaire;
» je laisse parler l'auteur et j'extrais de son travail la
» proposition suivante :

» *Lorsqu'un os est affecté d'infiltration tubercu-*
» *leuse puriforme, la portion infiltrée présente déjà,*
» *bien qu'elle ne soit pas séparée du reste de l'os,*
» *tous les caractères d'un véritable séquestre. On n'y*
» *aperçoit aucun vaisseau, aucun indice de la persis-*
» *tance de la vie* (page 25, *loco citato*). N'omettons pas
» de faire observer qu'un peu plus haut, à la même
» page, l'auteur déclare bien positivement que la con-
» séquence nécessaire de toute infiltration tubercu-
» leuse dans un os est une nécrose du tissu infiltré.

» Ainsi, en résumé, ou bien le tubercule enkysté se
» manifeste pendant que l'os est affecté d'infiltration

» demi-transparente (premier degré), et dans cette hy-
» pothèse, le fait est au moins douteux, comme j'ai
» cherché à le démontrer; ou bien il se développe lors-
» que l'infiltration est à l'état puriforme (deuxième
» degré); alors il y a impossibilité absolue; M. Nelaton
» le prouve lui-même.

» Admettra-t-on enfin qu'une membrane isolante
» s'organise sur la limite des tissus vivants et des tissus
» mortifiés, que le séquestre est ensuite insensiblement
» désorganisé, et qu'à son élimination succède un tu-
» bercule enkysté? Rien ici ne ressemble aux produc-
» tions accidentelles que l'on observe si fréquemment
» dans le parenchyme pulmonaire; il y a uniquement
» un abcès osseux consécutif; en donnant à ce foyer le
» nom de tubercule enkysté, on introduirait la plus
» grande confusion dans le langage scientifique, et, en
» dernière analyse, l'expression que l'on mettrait en
» usage servirait à propager et à consacrer une er-
» reur. »

Carie. Si la carie est déterminée par la maladie vénérienne, elle peut guérir sous l'influence des moyens anti-syphilitiques; il est même des observations qui constatent que cet ulcère des os a été quelquefois combattu victorieusement sans opération, lorsqu'il était produit par d'autres causes; mais il faut presque toujours l'attaquer avec la cautérisation ou la rugine : beaucoup de praticiens sont étonnés des succès qu'ils obtiennent, comme des revers qu'ils éprouvent dans

des circonstances qui leur paraissent à peu près identiques; il est ici des indications à saisir; il faut rejeter un empirisme aveugle qui compromet si souvent les meilleures méthodes thérapeutiques : nous allons essayer de poser ces indications.

1° Pendant que je faisais manœuvrer les opérations sur le cadavre, j'ai souvent disséqué des sujets qui portaient des caries; j'ai rencontré un grand nombre de cas dans lesquels les parties molles offraient une phlegmasie assez aiguë; l'os y participait à un degré très-développé : est-il permis alors de recourir immédiatement à la cautérisation? Je l'ai tenté dans le commencement de ma pratique et, presque toujours, elle n'a pas réussi, tandis qu'elle était suivie ordinairement de succès, quand, avant de la faire, j'avais beaucoup diminué ou j'avais entièrement dissipé l'élément inflammatoire.

2° L'anatomie pathologique m'a montré des caries siégeant sur des os ramollis dans une très-grande étendue; on s'en assure sur le vivant, à l'aide de la sonde cannelée; elle pénètre alors avec facilité, profondément, dans les tissus osseux. Le ramollissement n'est-il pas trop avancé? L'usage des antiphlogistiques, quand l'inflammation prédomine, quand le sujet est doué d'une bonne constitution, l'emploi des amers, de l'iodure de potassium uni à l'iode, lorsque surtout l'affection est scrofuleuse, produisent souvent des effets fort avantageux, et préparent ainsi la voie à une heureuse cautérisation qui,

sans ces moyens, non-seulement aurait très-probablement échoué, mais encore serait devenue presque certainement nuisible.

3° L'os est largement et profondément ramolli, abstraction faite de la carie; le ramollissement est très-prononcé; la sonde cannelée pénètre dans le tissu osseux presque comme dans les parties molles : la position de l'os, l'étendue de sa dégénérescence, ne vous permettent pas d'enlever le tissu dégénéré; ne cautérisez point, car alors vous pratiqueriez une opération plus qu'inutile.

J'ai soumis tous ces préceptes au creuset de l'expérience qui me paraît les avoir sanctionnés.

On rugine ordinairement la carie avant de la cautériser.

L'on manie moins facilement le cautère potentiel, il peut agir à une trop grande profondeur; l'école de Dupuytren lui préfère en général le cautère actuel; on mesure mieux l'étendue de son action, et quand on en répète l'application on le fait pénétrer aussi loin que l'état morbide l'exige.

Mais entrons dans quelques détails sur la nature de la carie; rien de plus obscur en pathologie que cette question; malgré tous les efforts que l'on avait faits jusqu'à présent pour établir, anatomiquement, quelques caractères différentiels entre la nécrose et la carie, ce point scientifique était resté à l'état de problème; dans la plupart des cas, en effet, on accorde la

même signification à ces deux expressions, et on les emploie indistinctement pour désigner l'une ou l'autre de ces deux maladies. M. Malespine (Mémoire déjà cité) est arrivé à des résultats plus satisfaisants que ses devanciers : il a indiqué rigoureusement le véritable point de départ de la carie.

Très-fréquemment, comme on le sait, les os spongieux, placés au voisinage d'un foyer de suppuration, sont raréfiés, ramollis, friables; ils se laissent facilement couper avec le couteau; ces os, du reste, ne présentent souvent aucune lésion extérieure, les cartilages et le périoste sont à l'état normal. Lorsque la phlegmasie a envahi leurs moyens de protection, ils offrent les conditions précédentes; de plus, leur surface donne naissance à des végétations de mauvaise nature, et le tissu celluleux qui existe dans leur structure est infiltré de pus. Après avoir rapporté plusieurs observations de ce genre, M. Malespine recherche la cause sous l'influence de laquelle survient la raréfaction du tissu osseux ; il apprécie la valeur pathologique de cette raréfaction, et se demande si elle est grave ou légère, curable ou incurable.

Par l'analyse sévère des faits, par l'analogie et le raisonnement, il démontre d'abord que la raréfaction que l'on pourrait nommer amaigrissement des os, et mieux encore atrophie interstitielle, est une lésion secondaire, consécutive; que ses progrès sont en rapport avec l'abondance et la durée de la suppuration causée

par une lésion primitive (le plus ordinairement une ostéite qui a entraîné à sa suite une nécrose). Pour mieux rendre sa pensée, il compare l'appauvrissement du tissu osseux à l'amaigrissement de la jambe et de la cuisse que l'on observe dans quelques cas de tumeur blanche du genou. Il prouve ensuite que l'atrophie interstitielle simple, c'est-à-dire l'atrophie sans érosion du périoste et des cartilages, et sans infiltration purulente dans le tissu osseux, est une lésion de structure peu grave en elle-même : les observations qu'il invoque en faveur de son opinion sont concluantes. Nous pourrions emprunter à notre pratique des faits assez nombreux que nous n'avions pas expliqués, et qui viendraient étayer sa manière de voir; parmi ces faits, rapportons les suivants : nous avions vu dans les amputations partielles du pied, par exemple, le couteau enlever quelques portions de cartilages et même du tissu des os que devait épargner l'opération; nous avions vu ces os ramollis, raréfiés, sans végétation et sans infiltration purulente, et nous avions conçu de grandes inquiétudes pour les malades; néanmoins la guérison avait été obtenue. Après ces considérations sur la raréfaction des os, M. Malespine établit les propositions suivantes, que nous citerons textuellement.

« 1° La nécrose succède à une inflammation envahis-
» sant d'emblée une partie du système osseux; la
» phlegmasie, quelle que soit sa nature, détermine l'in-
» jection, le gonflement et l'hypertrophie interstitielle

» du tissu affecté; elle parcourt toutes ses phases, et » entraîne à sa suite une mortification plus ou moins » étendue. Il n'est pas nécessaire d'insister plus longue- » ment sur cette affection, et de revenir sur le travail » d'élimination du séquestre et sur les phénomènes qui » l'accompagnent.

» 2° L'idée de carie entraîne nécessairement l'idée » de raréfaction; la carie survient lorsque l'inflamma- » tion envahit un os appauvri. L'atrophie interstitielle » reconnaissant pour cause une suppuration abondante » et de longue durée, il s'ensuit que l'affection dont » nous nous occupons doit être considérée comme une » lésion consécutive, et non comme une lésion primi- » tive. Une fois arrivée, la maladie marche lentement » et présente tous les signes et tous les caractères ana- » tomo-pathologiques que les auteurs assignent à la » carie. Les parties altérées végètent et donnent nais- » sance à des chairs de mauvaise nature, qui, excisées, » se reproduisent promptement. Un stylet introduit » dans les trajets fistuleux pénètre, sans éprouver de » résistance, à une grande profondeur. La main de l'o- » pérateur perçoit en même temps la sensation que » donnent une multitude de petites fractures. En s'é- » coulant au dehors, la suppuration entraîne des débris » osseux flexibles, fragiles, criblés d'ouvertures : ces » débris rappellent tout à fait l'aspect d'un os appauvri. » Nous avons actuellement sous les yeux un tibia qui » présente à un degré très-avancé cette lésion de struc-

» ture : le tissu compacte, réduit à une lamelle très-» mince, est percé à jour, et peut être comparé à une » dentelle.

» 3° Dans un os raréfié, les propriétés vitales languis-» sent, la nutrition s'accomplit imparfaitement. Lors-» que l'inflammation s'empare du tissu osseux placé » dans ces conditions défavorables, elle affecte une » marche essentiellement chronique, et désorganise les » parties sans provoquer, en général, une réaction sa-» lutaire : on n'observe, en effet, ordinairement, ni » travail d'élimination, ni travail de reproduction. La » conséquence presque inévitable de la suppuration » d'un os appauvri paraît devoir être sa destruction : » aussi faut-il dire que si la carie n'est pas incurable » dans tous les cas, il est très-difficile d'en arrêter les » progrès et de conserver le membre qu'elle intéresse, » quand elle a une certaine étendue.

» 4° La gravité de la carie est incontestable ; mais » est-il juste de dire que cette affection est envahissante » par sa nature, et qu'il n'est pas aisé d'en obtenir la » guérison, tant elle a de tendance à se propager vers » des parties saines en apparence ? Je ne le pense pas : » une suppuration ancienne siégeant dans l'épaisseur » du pied ou de la main détermine à des degrés diffé-» rents l'appauvrissement du tarse et du carpe. Sous » l'influence de cette cause, en quelque sorte spolia-» trice, tous les os de ces régions se trouvent, au bout » d'un temps plus ou moins long, dans le même état

» pathologique. En les privant de leur force de résis-
» tance, l'atrophie interstitielle les prédispose à être
» désorganisés, soit à l'occasion d'une violence exté-
» rieure, même légère, soit lorsque l'inflammation
» franchit ses limites et se propage en dehors de la
» sphère du mal. La seule conséquence à déduire de
» ces considérations, c'est que la carie présente des ca-
» ractères particuliers et produit des ravages très-éten-
» dus, parce qu'elle affecte des os qui ne sont plus
» susceptibles de résister aux causes de maladie et aux
» maladies elles-mêmes, et non parce que l'inflamma-
» tion qui la constitue est de mauvaise nature.

» 5° Nous devons considérer la raréfaction comme
» une lésion de structure qui précède l'apparition de
» la carie et en favorise les progrès, comme une
» prédisposition qui devient une complication grave
» seulement à une époque très-éloignée du début de la
» maladie primitive. C'est ce qui arrive, en effet : dans
» la plupart des cas, l'affection reste localisée pendant
» fort longtemps ; elle se complique de la carie des os
» voisins et devient tout à fait incurable quand on a
» négligé ou lorsqu'il a été impossible, soit de faire
» l'extraction des corps étrangers, soit de tarir le foyer
» de suppuration, qui entraîne consécutivement la ra-
» réfaction du tissu osseux, ou bien encore quand on a
» négligé de combattre l'inflammation.

» 6° La nécrose scrofuleuse, c'est-à-dire la nécrose ne
» reconnaissant pas pour cause une violence extérieure,

» succède à une phlegmasie qui, d'emblée, a intéressé » le tissu osseux : il n'en est pas de même pour la ca» rie. Partant du foyer primitif, l'inflammation s'irra» die et gagne de proche en proche les os voisins » appauvris. Elle érode d'abord leurs moyens de pro» tection, cartilages et périoste; bientôt l'érosion donne » naissance à des végétations de mauvaise nature; en » même temps le tissu spongieux suppure, et ses aréoles » se remplissent de matière purulente. Ici la maladie » commence par la superficie de l'os; ce caractère est à » peu près constant : aussi, quand on trouvera à l'état » normal les cartilages et le périoste d'un os placé au » voisinage d'une nécrose ancienne, on pourra affirmer » que cet os est raréfié, et, en général, on pourra dire » qu'il est raréfié sans être enflammé, ou ce qui, pour » moi, doit avoir la même signification, sans être carié; » je dis en général, parce que, récemment, j'ai ren» contré une exception à cette règle. Dans une ampu» tation partielle du pied pratiquée par M. Lisfranc, le » cuboïde ne présentait aucune lésion extérieure; ap» pauvri d'une manière très-notable, son tissu celluleux » était, dans une très-petite étendue, le siége d'une » infiltration purulente incontestable. »

Ces propositions ayant quelque valeur pratique, nous avons pensé qu'il était nécessaire de les citer textuellement. Elles ne montrent pas seulement la différence qui existe entre la carie et la nécrose, mais elles font encore apprécier le point de départ, le mode de

développement de la carie, et précisent l'importante distinction que l'on doit établir entre cette dernière maladie et l'état pathologique connu sous le nom de raréfaction du tissu osseux. Après avoir lu avec attention le Mémoire dont nous nous occupons, la question en litige nous a paru complétement résolue, et nous avons été surpris, avouons-le, que les auteurs n'eussent pas plus tôt suivi des indications pathologiques aussi évidentes, aussi faciles à saisir. On dirait véritablement que les idées les plus simples se présentent les dernières à l'esprit.

NOTE

SUR L'OPHTHALMIE NERVEUSE.

Je me suis occupé de l'ophthalmie nerveuse en 1825 et 1826 (v. *Gazette médicale de Paris*, 3 août 1833, et *Revue méd.*, janvier 1826). On sait qu'alors les médecins, en général, voyaient presque partout des inflammations.

Symptômes de la maladie. Larmoiement considérable; aucun phénomène morbide dans l'intérieur de

l'œil ni sur la cornée transparente; photophobie très-prononcée ; le malade ferme les paupières avec grand soin ; lorsqu'il les entr'ouvre, il lui semble qu'on lui enfonce des pointes de clous dans les globes oculaires : conjonctive peu rouge ou d'un rose tendre : elle ne paraît pas tuméfiée.

Traitement. Ordinairement les saignées générales et locales, l'application des vésicatoires à la nuque ou sur les apophyses mastoïdes, les collyres émollients et les purgatifs échouent complétement : j'ai rencontré souvent en consultation des personnes chez lesquelles la maladie existait depuis plusieurs mois.

Je fais pratiquer matin et soir, sur les tempes et autour de la base des orbites, une friction avec deux grammes (demi-gros) d'extrait de belladone rendu plus ou moins mou par quelques gouttes d'eau : au besoin j'administre cette substance à l'intérieur : je l'ai toujours vue, jusqu'aujourd'hui, obtenir en quelques jours la guérison complète de l'inflammation et de la névrose que les antiphlogistiques exaspèrent même quelquefois.

On lit dans la *Gazette médicale de Paris* (*loco cit.*) qu'un homme couché au n° 15 de la salle Saint-Louis, dans ma division, fut soumis à l'usage de la belladone en friction. Le lendemain, beaucoup d'amendement se faisait déjà observer; le troisième jour, les paupières s'ouvrent, et la perception des rayons lumineux n'est pas douloureuse. Le malade reste encore à l'hôpital; la guérison se soutient. Rentré ensuite dans sa famille,

cet homme s'expose au froid et se livre à des excès de table; il revient nous demander de nouveaux soins pour une inflammation simple de la conjonctive, bien différente, par ses symptômes, de l'ophthalmie nerveuse dont il avait été affecté : le traitement ordinaire réussit.

On rapporte dans la *Gazette médicale de Paris* (17 mars 1832) qu'il existait alors dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, un homme et une femme affectés d'ophthalmie nerveuse; que, traités par l'extrait de belladone, ces deux individus étaient guéris. Le narcotique a été employé une huitaine de jours pour achever d'abord et ensuite consolider la guérison.

Je crois devoir prévenir le lecteur, s'il ne le sait pas déjà, que presque toujours les extraits sont mal préparés, et qu'alors on administre du charbon aux malades : il faut donc être bien sûr du médicament qu'on emploie.

Les phénomènes morbides que nous venons d'observer sur l'œil, à l'occasion de l'ophthalmie nerveuse, ne peuvent-ils pas se manifester ailleurs? La névrose qui détermine une inflammation légère sur la membrane muqueuse oculaire ne peut-elle pas agir de la même manière sur l'estomac, dans l'urètre, etc.? Ne peut-on pas alors prendre l'état nerveux pour une inflammation, parce qu'il existe réellement des symptômes de cette dernière? Cette erreur a été commise bien souvent : l'expérience me l'a démontré. J'ai vu un grand nombre de fois de prétendues gastrites, et même

des urétrites, résister longtemps à tout l'appareil des moyens antiphlogistiques et révulsifs, et céder ensuite avec beaucoup de rapidité aux médications narcotiques. Ici, qu'on y prenne bien garde, la distinction n'est pas aisée à établir. Il ne s'agit pas d'une névrose simple de l'estomac ou de l'urètre : nous avons affaire, au contraire, à un état nerveux compliqué d'inflammation qui masque son existence. Or, nous venons de le dire, le diagnostic est difficile, et quelquefois même impossible à établir. Tentez d'abord l'usage des narcotiques : il sera souvent couronné de succès. Est-il besoin d'observer que, dans les cas où les antiphlogistiques, sagement dirigés, auraient échoué, on devrait les remplacer par les sédatifs et les antispasmodiques? C'est ainsi que l'étude approfondie des maladies externes peut singulièrement éclairer la pathologie interne; c'est ainsi que, par l'alliance heureuse de la chirurgie à la médecine, on donnera une impulsion plus sûre et plus utile aux sciences médico-chirurgicales.

TUMEURS INDURÉES

ET CIRCONSCRITES

SIÉGEANT

DANS L'ÉPAISSEUR DES PAUPIÈRES.

Ces tumeurs sont plus communes dans l'adolescence, sur les adultes et chez les vieillards; elles m'ont paru également fréquentes sur l'une et sur l'autre paupière. L'induration est le plus ordinairement unique ; d'autres fois, elle est multiple. Dans certaines circonstances assez rares, ces tumeurs sont au nombre de trois; j'en ai vu quatre et même cinq exister en même temps. Les deux paupières peuvent en être affectées à la fois; on les rencontre des deux côtés; quelquefois juxtaposées, elles sont aussi à une plus ou moins grande distance les unes des autres; très-petites dans le principe, elles parviennent souvent au volume d'un haricot, qu'elles peuvent dépasser. Les femmes m'ont paru y être plus sujettes que les hommes.

L'orgeolet qui passe à l'état chronique, les inflammations fréquentes des paupières, le tempérament lymphatique, les ulcérations de la conjonctive sont les causes les plus ordinaires de la maladie qui nous occupe.

Les indurations dont nous traitons sont dures, tantôt mobiles et tantôt adhérentes et bosselées; elles n'offrent ni la fluctuation du melicéris, ni l'état mou et en quelque sorte pultacé de l'athérôme; placées ordinairement près du bord libre des paupières, il est assez rare qu'elles l'envahissent et qu'elles s'élèvent surtout au-dessus de lui; la peau qui les recouvre est saine ou enflammée; à mesure que le tissu induré suppure ou dégénère, on la voit s'ulcérer. Si l'on examine la membrane muqueuse palpébrale, on observe, sur le point qui correspond à l'induration, une rougeur foncée ou une ulcération; on y aperçoit quelquefois l'orifice d'une cavité étroite qui pénètre à une profondeur variée. Gêne des paupières, injection facile de ces organes, rarement de la douleur.

Anatomie pathologique. Tumeur ordinairement formée par le tissu cellulaire induré et pouvant envahir les tissus voisins : lisse ou bosselée, elle est rouge et parcourue par des vaisseaux sanguins, quand elle est le siége d'une phlegmasie. On rencontre parfois, dans son épaisseur, une petite cavité qui vient s'ouvrir sur la membrane muqueuse rouge ou ulcérée, comme nous l'avons dit : lorsqu'il n'existe pas d'inflammation, le tissu induré est de couleur jaune ou blanche.

Traitement. On a conseillé les résolutifs et les fondants. Boyer a mis en usage avec succès l'hydrochlorate d'ammoniaque, l'emplâtre de savon ou de diachylon gommé : ces moyens ne conviennent pas, lorsque l'inflammation est un peu prononcée; ils ont assez souvent d'ailleurs, même dans les cas les plus simples, l'inconvénient de rougir la peau.

Demours cite quelques observations dans lesquelles il a obtenu la guérison par l'acupuncture; en général, ce moyen est infidèle.

L'état inflammatoire doit être traité par les antiphlogistiques : ils dissipent rarement la tumeur.

Lorsque l'inflammation a disparu, ou quand elle est très-légère, on emploie les frictions avec la pommade d'iodure de plomb, préférable à celle d'hydriodate de potasse qui, plus irritante, enflamme fréquemment la peau et y fait développer des boutons nombreux. On ne négligera pas l'usage de l'onguent napolitain, etc.

La tumeur suppure; on donne issue à la matière purulente par une très-petite incision faite perpendiculairement à l'axe de la face. Le reste de l'induration est combattu par les moyens appropriés.

Mais, lorsque la subinflammation n'est pas très-développée, j'ai proposé et mis en usage la cautérisation faite avec le nitrate d'argent fondu taillé en forme de crayon. Je la pratique tous les six ou huit jours environ, suivant les indications, sur le point

rouge foncé ou sur l'ulcération de la membrane muqueuse qui siége contre la tumeur. Ai-je besoin d'indiquer la précaution de renverser la paupière et de la maintenir dans cette position pendant la petite opération et jusqu'au moment où les tissus cautérisés ont été lavés à grande eau ? Le malade éprouve peu de douleur ; il n'est pas rare de voir l'induration diminuer immédiatement ; alors on ne fait sur l'œil aucune application : d'autres fois au contraire elle augmente de volume pour décroître bientôt ; la membrane muqueuse s'enflamme même légèrement ; si, après la cautérisation, l'œil rougit, si le malade éprouve la sensation que donnerait un corps étranger à la surface du globe oculaire, l'application d'une compresse imbibée d'eau très-froide, ou mieux encore d'eau à la glace, serait continuée au moins une heure ; on la renouvellerait aussitôt qu'on sentirait sa température s'élever ; on tiendrait ensuite l'œil couvert ; on pourrait alors employer une compresse imbibée d'eau de guimauve et mettre en usage un collyre émollient.

La cautérisation est légère ; elle ne s'étend que sur l'ulcération ; l'irritation un peu trop forte qu'elle occasionne quelquefois exige qu'on la répète moins souvent : on y revient, dans les cas ordinaires, quand la tumeur cesse de diminuer.

S'il existe une petite cavité, un petit canal dans l'épaisseur de l'induration, on fait pénétrer, jusque dans le fond de sa capacité, le nitrate d'argent fondu taillé

très-fin. Je préfère inciser le trajet fistuleux sur un stylet cannelé ; cette petite opération suffit ordinairement : au besoin on cautérise plus tard suivant les règles déjà indiquées.

J'ai guéri quelques sujets par une seule cautérisation; la maladie en exige presque toujours trois ou quatre ; quand elle est très-développée, on est obligé d'en pratiquer un plus grand nombre.

Beaucoup de personnes viennent me consulter à l'hôpital de la Pitié pour des tumeurs indurées et circonscrites, siégeant dans l'épaisseur des paupières; ma pratique particulière m'en a fourni aussi un grand nombre d'exemples. J'ai toujours vu réussir, jusqu'aujourd'hui, la cautérisation que je propose : c'est le seul moyen que j'emploie quand l'inflammation a cédé au traitement destiné à la combattre. Ma méthode a été adoptée par la plupart des praticiens ; je la mets en usage depuis 1826 : la *Gazette médicale de Paris* l'a indiquée en 1833.

Il est possible que la tumeur ne soit pas susceptible de résolution : il faut alors l'extirper et suivre les préceptes établis par la médecine opératoire.

RÈGLES GÉNÉRALES

POUR L'EXTIRPATION ET POUR L'AMPUTATION

DES TUMEURS.

L'un des points de la chirurgie qui ont été le mieux traités dans les auteurs est sans contredit les fractures en général; lorsqu'en effet on a bien appris et profondément médité ces belles généralités, et quand on possède des connaissances anatomiques et physiologiques solides, l'étude des solutions de continuité des os en particulier devient très-facile; je ne crains pas même de dire qu'elle exige alors très-peu de travail : convaincu de la vérité que je viens d'avancer, j'ai établi des lois générales pour la ligature des artères, pour les désarticulations, etc. J'ai pu, plus que personne, me convaincre, pendant les nombreuses années que j'ai fait manœuvrer la médecine opératoire sur le cadavre, combien cette manière d'envisager la science en facilitait et en abrégeait l'étude : je vais soumettre

au lecteur des données générales pour l'ablation des tumeurs.

La nature des tumeurs est-elle ordinairement facile à connaître? Les faiseurs de diagnostic certain, et qui sont si communs dans notre siècle, n'hésitent point à répondre par l'affirmative; nous nous permettons encore cette fois de ne pas être de leur opinion : personne n'ignore que les chirurgiens les plus distingués ont souvent méconnu des anévrismes et les ont ouverts; à combien de méprises l'hydrocèle et le sarcocèle n'ont-ils pas donné lieu!

Une dame portait au-dessous du grand angle de l'œil une tumeur ovoïde qui offrait tous les caractères du tissu érectile; Dupuytren pratique une incision longitudinale; il trouve sous la peau la veine nasale très-dilatée, recouvrant un petit lipôme qu'il fut très-facile d'enlever, en écartant le vaisseau dont nous venons de parler.

Un homme entré à l'hôpital de la Pitié présentait une tumeur volumineuse sur la tempe; elle était dure comme du silex; plusieurs chirurgiens très-distingués diagnostiquèrent une exostose; nous pensions comme eux : nous attaquons la maladie, et nous trouvons une tumeur fibreuse.

Un grand nombre de chirurgiens de Paris ont vu avec nous une dame qui, depuis fort longtemps, éprouvait des douleurs violentes sur la partie inférieure du rachis et sur le trajet du grand nerf sciatique, tantôt

à droite, tantôt à gauche. Ces douleurs avaient offert des rémittences et même des intermittences complètes : tous croyaient à l'existence d'un rhumatisme ou d'une névralgie. Il se manifesta à la partie supérieure et postérieure du bassin une tumeur volumineuse, fluctuante pour tout le monde ; on eût dit qu'on avait à combattre un abcès résultant de quelque carie : remarquons d'ailleurs que la main appliquée sur la tumeur ne faisait reconnaître aucune pulsation et que l'oreille ne percevait aucun bruit ; un trois-quarts pénètre profondément dans la tumeur; il jaillit du sang : elle était sanguine, l'autopsie l'a démontré plus tard.

Je pourrais citer ici un très-grand nombre d'autres faits; mais ceux que je viens d'exposer suffisent pour sanctionner le principe qui commande impérieusement, dans la plupart des cas, l'usage du trois-quarts explorateur ; ainsi l'on évitera bien des malheurs. Toutefois, ne croyez point que cet instrument soit toujours un moyen de diagnostic certain.

Un malade couché à l'hôpital de la Pitié portait dans les bourses une tumeur douteuse ; le trois-quarts explorateur y pénètre ; il sort quelques gouttes de liquide ; on peut sans efforts faire exécuter à l'instrument des mouvements de bascule fort étendus, comme s'il était dans un milieu liquide : je me décide à faire une incision, et je trouve le testicule réduit à l'état de bouillie.

Une tumeur ancienne offre de la fluctuation, mais à

son pourtour existe un cercle qui, au toucher, fournit la sensation des tissus les plus durs appartenant à l'économie; cette saillie est-elle toujours osseuse? je l'ai vue quelquefois formée par des parties molles très-indurées.

Une petite fille, âgée de dix ans, est venue cette année nous consulter à l'hôpital de la Pitié pour une tumeur siégeant à la tête et présentant l'espèce de bourrelet que je viens d'indiquer; j'opère cette tumeur, et l'inflammation qui se développe dans la plaie ramollit d'abord ce bourrelet et le résout ensuite entièrement: il avait paru osseux, tandis qu'il était bien évidemment formé par des parties molles très-dures adhérentes aux os.

J'ai observé assez souvent des tumeurs blanches qu'on croyait osseuses; je les soumettais à un traitement fondant, et par cela même que la maladie avait quelquefois marché de l'extérieur à l'intérieur, que la partie la plus profonde de l'induration était malade depuis moins longtemps et devait être moins indurée, elle guérissait la première, et la prétendue tumeur osseuse devenait mobile sur l'os, preuve évidente qu'elle ne pouvait pas lui appartenir.

Une tumeur est placée sur le trajet de vaisseaux ou de nerfs volumineux; elle en est même assez éloignée; il semble qu'elle est complétement isolée; les doigts appliqués entre ces vaisseaux et cette tumeur ne sentent aucun prolongement de l'induration; l'expérience dé-

montre que, dans un grand nombre de cas, lorsqu'on dissèque l'engorgement, on le voit se prolonger même jusque sur les organes importants que je viens d'indiquer : j'ai montré un grand nombre de fois ce fait important, à l'hôpital de la Pitié. Il n'est pas besoin de dire que, si l'on est prévenu de la possibilité d'un danger, on l'évite plus facilement.

Il est d'observation que, s'il existe dans le creux de l'aisselle, dans le pli de l'aine, etc., des ganglions lymphatiques assez volumineux et engorgés par la présence d'un cancer, on en trouve très-souvent d'autres cachés plus profondément et dont on ne peut reconnaître l'existence qu'après avoir enlevé les premiers.

La tumeur appelée cancer par les auteurs n'est pas toujours cancéreuse dans toute son épaisseur; je me suis expliqué sur ce point au chapitre *Cancer* de cet ouvrage; j'ai dit quelle était la pratique qu'il fallait suivre pour dissiper l'engorgement simple qui entoure les tumeurs carcinomateuses; j'ai montré comment j'étais parvenu à réduire des tumeurs d'un quart, de moitié et davantage, et comment il avait été possible et même facile de les enlever, lorsque préalablement elles étaient inopérables, soit à cause de leur volume, soit parce qu'elles siégeaient au voisinage d'organes importants.

Les ganglions lymphatiques placés dans la sphère de ces tumeurs présentent de nombreuses indications pratiques; afin d'éviter des répétitions inutiles, je renvoie

le lecteur à l'article dans lequel je me suis spécialement occupé du cancer.

Certaines tumeurs offrent à leur base des prolongements en forme de racine, qui s'étendent souvent fort loin ; saisissez la masse indurée, exercez des tractions sur elle, vous pourrez faire saillir et ensuite voir ou sentir ces prolongements; ainsi vous les disséquerez d'ailleurs plus facilement.

Il est des tumeurs à pédicule étroit et assez court, dont l'extrémité libre s'élargit singulièrement et couvre la peau dans une grande étendue : c'est après avoir coupé ce pédicule à ras les téguments, et après s'être débarrassé de la partie de la tumeur qui les masquait, qu'on pratique sur eux, dans le lieu convenable, les incisions destinées à enlever le reste de la maladie.

On voit quelquefois des masses cancéreuses, siégeant, par exemple, au sein, jouir de beaucoup de mobilité ; on croirait qu'elles adhèrent faiblement aux parties sous-jacentes, et qu'il sera très-facile de les en détacher : l'expérience prouve souvent le contraire, car elles peuvent alors être, pour ainsi dire, identifiées avec les fibres du muscle grand pectoral, dont la face postérieure saine glisse sur les parties situées derrière elles, et devient la cause de l'erreur que nous signalons.

Soumises à leur propre poids et à l'action des organes sur lesquels elles siégent, on voit des tumeurs s'allonger, s'abaisser et entraîner après elles les tissus qui les environnent, pour former avec eux un pédicule qui

peut devenir de plus en plus mince, et finir par se rompre; l'anatomie pathologique a prouvé que des polypes de l'utérus étaient soumis à cette loi.

Alibert a montré, à l'hôpital Saint-Louis, un homme qui portait à la partie antérieure et supérieure du cou une tumeur très-volumineuse, dont le pédicule assez large était formé uniquement par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, attirés en avant et en bas, par cette tumeur, à mesure qu'elle était descendue sur la partie antérieure et supérieure du thorax; le centre du corps de l'os maxillaire inférieur avait éprouvé un mouvement de rotation sur son axe, à l'aide duquel son bord supérieur était devenu presque antérieur.

Nous avons vu des mamelles volumineuses produire un effet analogue sur les côtes et sur leurs cartilages.

Une femme couchée en ce moment dans la salle Saint-Augustin, à l'hôpital de la Pitié, présente une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme; cette tumeur tient à la région latérale et inférieure du cou, dont elle s'est détachée, par un pédicule falciforme que constituent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Il s'est présenté hier, à la consultation publique de l'hôpital de la Pitié, un homme affecté d'une tumeur siégeant sur la partie inférieure et externe du tiers supérieur du bras; ovoïde et du volume des deux poings environ, le lipôme, en partie dégénéré, tend encore à se détacher de l'économie, à laquelle il n'adhère que

par une espèce de pédicule court, cylindrique, formé par la peau et par le tissu cellulaire sous-cutané. J'ai opéré avec succès ces deux derniers malades, et j'ai vérifié les faits que je viens d'avancer.

Lorsque les tumeurs commencent à se détacher des tissus sur lesquels elles sont appliquées, l'art ne pourrait-il pas venir au secours de la nature et aider ses efforts?

Un malade de la salle Saint-Antoine portait dans le creux de l'aisselle une tumeur d'un grand volume; elle commençait à s'éloigner un peu des organes importants de cette région. Je fis exercer sur elle, plusieurs fois par jour, des tractions lentes, graduées et soutenues pendant dix minutes ou un quart d'heure. Le malade exécutait lui-même cette manœuvre une partie de la journée; quinze jours suffirent pour donner au pédicule du lipôme dégénéré un pouce de longueur; ce pédicule était uniquement formé par la peau et par le tissu cellulaire sous-cutané; j'en pratiquai la section avec beaucoup de facilité; les nerfs et les vaisseaux axillaires étaient assez loin; ils ne m'inspiraient aucune inquiétude. A l'aide de bandages appropriés on pourrait encore faciliter l'isolement de la tumeur.

Nous avons dit dans le chapitre où nous traitons des cancers superficiels qu'on croyait profonds, comment on parvient à connaître les limites du carcinome; il serait inutile de revenir sur ce point important de thérapeutique chirurgicale; mais il est impossible, *à*

priori, dans la plupart des cas, d'indiquer la profondeur à laquelle les tumeurs pénètrent : plus on s'est livré à l'anatomie pathologique, plus on a opéré, plus on est convaincu de la vérité de ce principe. Quand on présume qu'une tumeur s'étend au loin dans l'épaisseur des tissus, on pratique les incisions de manière à pouvoir les étendre au besoin, à pouvoir aussi former des lambeaux convenables et faire une désarticulation si le cas l'exige.

J'avais enlevé un lipôme siégeant au-dessous du creux de l'aisselle ; j'apercevais une couleur jaune serin à travers une lame mince de tissu cellulaire converti en tissu fibreux accidentel ; il couvrait toute la surface de la solution de continuité ; j'incisai ce tissu fibreux : derrière lui existait un second lipôme plus volumineux que le premier, j'en fis l'extirpation.

Vous attaquez une tumeur du sein chez une femme très-grasse : à mesure que vous disséquez, vous reconnaissez des prolongements squirrheux profondément situés, qui s'étendent vers le creux de l'aisselle ; ils avaient échappé à tous les moyens d'investigation ; vous êtes souvent obligé de prolonger les incisions vers l'espace axillaire pour poursuivre la maladie jusque dans ses derniers retranchements.

Une jeune personne offrait un lipome sur la partie postérieure du cou ; la tumeur jouissait d'une grande mobilité ; l'opération paraissait très-facile : je la pratiquai en présence de mon ami, M. Pinel-Grandchamp.

La maladie envoyait des prolongements entre les apophyses épineuses; ils s'étendaient jusqu'aux ligaments jaunes que je mis à découvert; il ne survint aucun accident; la malade guérit.

Un malade était affecté d'un cancer occupant le côté droit du corps de l'os maxillaire inférieur; la branche de la mâchoire de ce côté paraissait saine; elle semblait seulement couverte inférieurement par quelques parties molles indurées : je pratique l'opération, et, quand je suis arrivé à l'angle inférieur de la mandibule, j'en trouve la branche vermoulue, réduite en petits séquestres, enveloppée par du tissu squirrheux et carcinomateux de consistance osseuse; je prolonge mon incision jusqu'à la partie supérieure de l'articulation temporo-maxillaire; je dissèque mon lambeau à une hauteur convenable et je désarticule; mais le cancer se prolongeait encore dans la fosse zygomatique, il l'occupait entièrement; je l'y poursuivis et je la vidai complétement de ses parties molles; aucun accident immédiat n'eut lieu.

Pendant les trois jours qui suivirent l'opération, le malade donnait les plus grandes espérances : tout à coup une inflammation des méninges et du cerveau se développa; un épanchement se fit dans la boîte osseuse du crâne; la mort arriva avec une incroyable rapidité.

Un malade couché dans la salle Saint-Antoine de l'hôpital de la Pitié portait, sur la tempe, une tumeur

qui en occupait toute l'étendue; elle offrait un relief de trois pouces au moins, elle était dure comme du silex; on eût dit d'une exostose; je l'attaquai; je trouvai une tumeur fibreuse qui, contre notre attente, se prolongeait dans le fond de la fosse zygomatique, où je la suivis pour l'enlever complétement; j'y parvins sans accident.

Vingt jours s'écoulèrent; tout annonçait une guérison prochaine; la plaie était en grande partie cicatrisée; le malade se promenait dans les cours de l'hôpital, lorsque tout à coup il fut pris de vertige, de contracture des membres, d'assoupissement; la mort survint presque immédiatement. Le rocher présentait une érosion ancienne à sa partie supérieure; les méninges, épaissies sur le point correspondant, offraient des traces de subinflammation; il y avait ramollissement du cerveau. Avant son opération, ce malade n'avait offert aucun symptôme de lésions soit de l'encéphale, soit de ses enveloppes.

Une jeune fille vint à l'hôpital de la Pitié nous demander des soins pour une tumeur érectile très-volumineuse siégeant sur la fosse temporale droite; il sortait quelquefois un peu de sang par le conduit auditif externe; les fonctions cérébrales n'offraient aucune altération. En pratiquant le toucher par la bouche, on ne sentait pas la tumeur se prolonger dans la fosse zygomatique; quelques personnes pensèrent qu'elle n'y pénétrait pas; je restai dans le doute; j'avais rencontré des

cas de ce genre dans lesquels l'affection morbide s'étendait jusque sur le rocher.

La malade succomba : l'autopsie justifia mes doutes; la portion pierreuse du temporal offrait même des érosions. Il existait une seconde tumeur isolée remplissant la fosse moyenne de la base du crâne du même côté. Les fonctions intellectuelles demeurèrent libres presque jusqu'à la fin.

Mon ami Pinel-Grandchamp a opéré ce matin, sous les yeux de MM. Pasquier, Phillips, Mayor, Begin et Malespine, j'étais présent, un malade qui offrait une tumeur érectile enkystée occupant le moignon de l'épaule qu'elle embrassait en totalité. Immobile, elle semblait pénétrer sous l'acromion et fournir des prolongements qui paraissaient s'étendre au loin. La tête de l'humérus était un peu portée en bas et en dedans.

M. Pinel pratique deux incisions semi-lunaires qui, se réunissant par leurs extrémités, cernent la partie de peau malade; le deltoïde est mis à découvert; on s'assure qu'il couvre la tumeur; on pénètre entre ses fibres et l'on parvient ainsi sur le tissu érectile enveloppé par une espèce de kyste dû au tissu cellulaire converti en trame fibreuse accidentelle. A l'aide de l'énucléation et d'une dissection minutieuse, la tumeur est peu à peu détachée; elle adhère au tiers externe du bord postérieur de l'acromion; elle glisse ensuite sous cette apophyse jusqu'à sa racine; elle est intimement unie à la partie supérieure du corps de l'humérus et à la capsule

articulaire. En introduisant le doigt sous l'acromion, au-dessus de la tête de l'humérus et derrière elle, on sent que cette apophyse est très-mobile, et l'on reconnaît que, nécrosée, elle est détachée du scapulum près du point où elle prend son origine. On l'enlève et, pour plus de sûreté, M. Pinel resèque le reste de ce prolongement osseux à ras l'omoplate; la capsule articulaire et les tendons qui la recouvrent, ménagés par l'opérateur, sont parfaitement sains.

Une femme couchée à l'hôpital de la Pitié portait une tumeur érectile en partie dégénérée et siégeant à la main; elle couvrait en avant et en arrière les deux premiers métacarpiens, le trapèze et le trapézoïde; elle occupait les trois-quarts du diamètre radio-cubital du membre.

Plusieurs chirurgiens avaient proposé l'amputation du poignet : je ne partageai pas cette opinion; je me livrai à quelques recherches sur le cadavre, et j'imaginai un procédé opératoire nouveau pour désarticuler les deux premiers métacarpiens avec le trapèze et le trapézoïde (v. *Gazette des Hôpitaux*, 1840). J'étais décidé, si besoin était, à sacrifier ces os; mais je commençai mon opération comme si je devais les épargner, dans le cas où ils seraient sains, car il n'était pas prouvé pour moi que la maladie les envahissait.

Le premier métacarpien, profondément altéré et presque vermoulu, dut être entièrement sacrifié; tous les autres os étaient intacts : je les conservai. Une dis-

section soignée me permit d'épargner les organes importants situés dans la paume de la main ; il ne survint aucun accident; la plaie marcha rapidement vers la guérison; la cicatrice qui en est résultée offre à peine la largeur d'un centimètre (un tiers de pouce). Les élèves qui suivent la clinique de l'hôpital de la Pitié ont vu que les quatre derniers doigts jouissaient, après la cicatrisation, de la liberté entière de tous leurs mouvements.

Dirai-je qu'on appelle amputation d'une tumeur l'opération qui consiste à sacrifier toute la peau qui la recouvre!

On pratique l'extirpation d'une tumeur quand on ne fait éprouver aux téguments aucune déperdition de substance.

Il est un procédé qui tient le milieu entre les deux méthodes dont nous venons de parler : il consiste à sacrifier seulement une partie de la peau qui recouvre la tumeur.

Je vais extraire de mes leçons et de mon *Précis de Médecine opératoire*, dont l'impression a été commencée en 1825, les principes généraux suivants :

1° Une règle générale que ne doit jamais perdre de vue l'opérateur, c'est de faire marcher en sciant, plutôt qu'en pressant, les instruments tranchants. Je me suis convaincu, dans mes cours de médecine opératoire, que ce principe est des plus difficiles à faire observer par les élèves.

2° La peau sera ordinairement tendue en sens inverse de celui dans lequel le bistouri marchera; on tendra les téguments avec la face palmaire de la main, qui exercera sur eux une légère traction du bord radial au bord cubital, quand on incisera de gauche à droite ou vers soi, et du bord cubital au radial, quand on coupera devant soi.

Lorsqu'on divise les tissus de gauche à droite, il vaut mieux les tendre en même temps avec le bord cubital de la main à gauche, avec les doigts indicateur et médius devant soi, et avec le pouce vers soi. De ces tractions combinées résulte une tension plus exacte, une section plus nette et plus facile des parties.

3° Pour mettre à découvert un kyste très-superficiel à parois amincies, pour pénétrer dans un sac herniaire, l'opérateur doit tendre les tissus avec la face palmaire de son pouce et de son doigt indicateur, entre lesquels il pratique une incision parallèle ou presque parallèle à leur axe.

4° Quand la peau est très-mobile, le chirurgien ne suffit pas pour la tendre; il se fait assister par des aides.

5° S'il est des cas dans lesquels, en tendant la peau, on en déplacerait des parties qui servent de guide au chirurgien pour commencer ou finir une incision, les téguments ne doivent être que soutenus; la face palmaire des trois doigts du milieu presse perpendiculairement sur eux. Ainsi, vous extirpez une tumeur au périnée, la position de l'urètre est indiquée par le ra-

phé ; vous ne la déplacerez pas : il en sera de même de quelques plicatures de la peau qui indiquent le siége des articulations.

6° Les incisions doivent être faites parallèlement à l'axe des fibres musculaires. Cependant, si l'on craint la lésion de gros vaisseaux ou de gros nerfs, il vaut mieux inciser parallèlement à l'axe de ces derniers. Il est encore d'autres exceptions à faire à cette règle : on incise transversalement sur le front, pour que les plis de la peau puissent masquer la cicatrice. On doit prendre souvent en considération la facilité de l'écoulement du pus et les cicatrisations qui gêneraient les mouvements.

7° Les incisions doivent être commencées du côté de l'origine des nerfs, au lieu de venir s'y terminer. On conçoit aisément qu'un cordon nerveux conservant ses communications avec le centre commun, la douleur sera la même, tant que l'instrument agira sur lui ; que si, au contraire, ses communications sont détruites par une section complète, d'autres sections consécutives seront moins douloureuses.

8° Si l'on ne craint pas des lésions dangereuses, on doit prolonger les incisions un peu au delà (trois ou six millimètres) (une ligne ou deux environ) de la sphère de la tumeur : nous recommandons ce précepte plus spécialement à l'attention, parce que le chirurgien aura ses coudées plus franches, et parce que les tumeurs qu'on veut enlever s'étendent ordinaire-

ment plus loin qu'on ne l'avait cru d'abord, qu'on est alors obligé d'agrandir la plaie pour continuer la dissection, et qu'on fait souffrir davantage.

9° Craint-on qu'une incision ne lèse des parties superficiellement placées, et qu'on doit ménager, le bistouri tranchant sur sa convexité est promené horizontalement sur les tissus : la lenteur est, dans l'exécution de la manœuvre, l'un des préceptes les plus importants à suivre.

10° Deux incisions ne se réunissant que par une de leurs extrémités, il faut toujours que la seconde finisse dans la première; si on l'y faisait commencer, la peau, déjà divisée et devenue plus mobile, ne pourrait être suffisamment tendue pour ne pas fuir un peu devant le bistouri, qui la couperait mal et difficilement.

11° Lorsqu'on terminera les incisions, on diminuera le degré de pression exercé sur l'instrument, pour éviter les échappements.

Incisions pratiquées sur un pli fait avec la peau. Le chirurgien met la peau dans le relâchement, la saisit avec le pouce, les doigts indicateur et médius de chaque main, fait un pli dont la hauteur varie suivant l'indication; il continue d'en soutenir l'une des extrémités avec la main gauche; il en confie l'autre à un aide qui l'assujettit de la même manière : alors un bistouri convexe, tenu en quatrième position et appliqué sur le bord libre de cette plicature, l'incise jusqu'à son bord adhérent, en coupant du talon à la pointe et de

la pointe au talon, sans désemparer, si la section n'est pas achevée d'un seul coup. D'autres fois un bistouri droit, mis en troisième position, traverse de part en part la partie moyenne de la base du pli ; l'incision est ensuite achevée en faisant exécuter à l'instrument un léger mouvement de bascule à l'aide duquel sa pointe est élevée, et les tissus sont divisés en sciant de bas en haut. Ces modes d'opérer sont applicables aux cas dans lesquels une tumeur assez profondément située est couverte par une peau trop mobile.

Incisions longitudinales. Le bistouri doit être tenu en première ou en quatrième position. Ces incisions peuvent être faites de gauche à droite ou de droite à gauche ; on les pratique encore en dirigeant l'instrument devant soi, ou bien en le ramenant vers soi. Si l'on ne craint pas de pénétrer à une trop grande profondeur, quand on commence à diviser les tissus, la pointe du bistouri est introduite perpendiculairement ; on l'incline ensuite jusqu'à ce que la lame forme un angle de quarante à quarante-cinq degrés avec le plan sur lequel elle agit : il est plus prudent qu'elle affecte toujours cette inclinaison. Lorsque son tranchant commence à toucher le point où doit finir la plaie qu'on pratique, on le relève à angle droit, avec la précaution de ne point presser sur lui, pour éviter de donner plus de profondeur à la partie de l'incision qui est faite la dernière. Il est d'ailleurs indispensable que l'instrument soit relevé, comme nous venons de le dire, pour éviter

de faire une queue d'incision : on appelle ainsi en médecine opératoire une fin de solution de continuité dans laquelle la peau n'a pas été coupée dans toute son épaisseur. Les incisions longitudinales sont souvent mises en usage pour extirper les petites tumeurs.

Mais un kyste est superficiel; on veut mettre à découvert une artère; il faut faire l'incision longitudinale avec un bistouri tranchant sur sa convexité; il exposera moins à pénétrer trop profondément : il aurait encore cet inconvénient, s'il était tenu comme nous venons de le dire : on le met en cinquième position; la peau est tendue entre le pouce et l'indicateur; le tranchant est promené horizontalement sur les tissus qu'il divise. Ici l'art consiste à le faire marcher avec une très-grande lenteur, à commander à un aide d'éponger chaque fois qu'on donne un nouveau coup de bistouri. La prudence exige qu'on en donne au moins trois ou quatre pour traverser la peau. Ce mode d'opérer rend les queues d'incisions inévitables; mais elles ne sont pas prises en considération, parce qu'elles ne peuvent pas être mises en balance avec une hémorrhagie ou l'évacuation de la matière que renferme une production accidentelle.

Lorsqu'un kyste est placé très-superficiellement, que ses parois sont fort minces, qu'il a déjà été mis à découvert par une première solution de continuité, et qu'une incision cruciale ou en T doit être pratiquée, on peut glisser la sonde cannelée sous les tissus et les inciser sur elle.

Pour introduire la sonde, on la tient de la manière suivante : le pouce placé parallèlement à son axe est situé sur la plaque du côté de la cannelure ; l'indicateur et le médius, disposés presque transversalement, reposent sur la face opposée ; les deux derniers doigts, à demi fléchis, sont écartés l'un de l'autre et portés en arrière. On tend les téguments avec la paume de la main en sens inverse de celui dans lequel on veut pénétrer : si l'on redoute de blesser le kyste, on se sert d'une sonde à cul-de-sac.

Le bistouri droit est tenu en troisième position, lorsqu'on doit inciser dans une étendue assez considérable et devant soi ; il peut être mis au contraire en première, quand on incise vers soi une petite quantité de tissus.

Le bistouri que l'on fait glisser sur la cannelure de la sonde, de sa plaque à sa pointe, forme ordinairement avec l'axe de son conducteur un angle de quarante à cinquante degrés ; à mesure qu'il chemine, il divise les tissus ; s'ils offrent trop de résistance, il est abaissé et relevé alternativement ; lorsqu'il est arrivé au cul-de-sac, on le retire légèrement à soi ; afin que sa pointe ne soit pas brisée, on la relève un peu, puis on pousse horizontalement sur elle : c'est au moment où elle traverse les tissus qu'on la porte en haut en faisant décrire au bistouri une espèce de demi-arc de cercle dont la concavité est tournée vers le chirurgien. Dans ce dernier temps de l'opération, on emploie moins d'efforts pour

diviser les parties molles que dans le premier : or, quand on incisera sur la sonde cannelée, on se servira d'un bistouri à longue lame, parce qu'il atteindra plus tôt le cul-de-sac de l'instrument, et le malade jouira plus tôt aussi du bénéfice du second temps de la manœuvre. La sonde cannelée ne sera retirée qu'après la division de toutes les parties qui la recouvrent.

Incisions en T. Elles sont destinées à l'extirpation des tumeurs trop volumineuses pour qu'on mette en usage une solution de continuité longitudinale ou semi-lunaire; elles sont encore préférées lorsque les tissus qu'on doit enlever ne sont pas d'un assez grand volume pour exiger l'incision cruciale. Deux incisions longitudinales les constituent; la seconde vient se rendre à angle droit sur la partie moyenne de la première : on a alors la précaution de relever le bistouri perpendiculairement, afin qu'il ne blesse pas le bord opposé de la solution de continuité dans laquelle il arrive.

La longueur relative de ces deux incisions est en rapport avec les diamètres de la tumeur.

Incisions cruciales : premier procédé. Elles consistent ordinairement dans la réunion de trois solutions de continuité; l'on pratique d'abord de gauche à droite une incision longitudinale; puis, en suivant les règles que nous avons indiquées pour les incisions en T, on en fait deux autres qui viennent se rendre au milieu de la première; nous venons de dire que l'opérateur devait commencer à inciser de gauche à droite; cette précau-

tion est indispensable pour qu'il ne soit pas obligé de déplacer ou de changer l'instrument de main. Il est bien convenu que toutes les fois que la tumeur sera superficielle, les trois solutions de continuité seront pratiquées avec beaucoup de lenteur ; on tiendra le bistouri en cinquième position, et il sera promené horizontalement sur les tissus.

Deuxième procédé. Une tumeur est profonde, la peau est mobile, l'on fait une première incision longitudinale de gauche à droite avec un bistouri ordinaire; puis la main est portée en supination; alors l'instrument tenu en troisième position est glissé à plat sous la partie moyenne du bord de la plaie le plus éloigné du chirurgien ; il pénètre jusqu'à la profondeur exigée par l'état pathologique; ensuite la main est mise presque en pronation ; le tranchant du bistouri est alors dirigé en haut, et l'opérateur presse horizontalement sur sa pointe; aussitôt qu'elle sort des tissus, il lui faut exécuter une espèce de demi-arc de cercle dont la concavité est tournée vers lui, et à l'aide duquel ce temps de l'opération est achevé; enfin, pour faire la troisième incision, la main revient à la supination; le bras écarté du corps est porté en avant; l'avant-bras est à demi fléchi, et le poignet est dans une flexion complète; la pointe de l'instrument regarde l'opérateur, elle s'engage encore à plat sous l'autre bord de la première solution de continuité et vis-à-vis de la seconde; on suit d'ailleurs, pour pratiquer ce dernier temps de la manœuvre, les règles

que nous venons d'énoncer, avec cette différence que le chirurgien s'effacera, afin de ne pas être exposé à se blesser lorsqu'il fera exécuter à l'instrument le demi-arc de cercle dont nous avons parlé.

Incisions en V. Si quelques tumeurs exigent, par leur forme et leur situation, cette espèce d'incision, on la pratique ainsi qu'il suit : on fait avec un bistouri droit une incision longitudinale; une autre incision commence à la même hauteur que la première, et vient se rendre dans celle-ci à un millimètre environ (un tiers de ligne) au-dessus de sa terminaison; on a soin en la finissant de relever à angle droit la lame du bistouri, et de ne pas presser sur sa pointe. La largeur et la longueur du V que représentent ces solutions de continuité varient suivant les circonstances pathologiques. Nous conseillons de ne pas essayer de terminer la seconde incision précisément sur l'extrémité de la première, parce qu'alors presque toujours on n'y arrive pas, et il faut un nouveau coup de bistouri pour réunir les deux plaies.

Incisions semi-elliptiques. Elles servent à l'amputation ou à l'extirpation des tumeurs : voici comment on les pratique.

Le chirurgien et l'aide tendent les téguments, chacun de son côté. Le bistouri, tranchant sur sa convexité, doit être arrondi ou coupé carrément à son extrémité, afin qu'on soit moins exposé à pénétrer dans la cavité de la poitrine lorsque, par exemple, on ampute un sein; c'est pour la même raison qu'il nous paraît indis-

pensable de préférer la première position de l'instrument à la quatrième.

Une seule incision semi-elliptique devant être faite, il faut qu'une ligne qui se porterait directement de l'une des extrémités de cette solution de continuité à l'autre, forme avec l'axe du tronc ou du membre un angle de 40 à 45 degrés; ainsi le pus aura un écoulement plus facile que si cette ligne était parallèle à l'un des axes indiqués. Cette incision convient à l'extirpation des petites tumeurs.

Si l'on pratique deux incisions semi-elliptiques qui se réunissent par leurs deux extrémités, et que l'une siége vers le point le moins déclive, l'autre vers le point le plus déclive, c'est toujours par celle-ci qu'il convient de commencer, parce que l'autre étant faite la première, le sang qu'elle fournirait viendrait masquer le lieu que devrait occuper la seconde.

De ces deux incisions, l'une devant être pratiquée plus loin du chirurgien, l'autre plus près de lui, par laquelle faut-il commencer? Par cette dernière; elle est plus difficile à faire, toutes choses égales d'ailleurs, puisqu'on la termine en portant le coude dans une forte abduction, position forcée et incommode, et que la peau, une fois divisée, devenant beaucoup plus mobile, les difficultés sont encore augmentées.

Si l'état pathologique ne s'y oppose pas, on donne aux incisions la direction la plus avantageuse pour que la cicatrice soit tiraillée le moins possible par les mouve-

ments auxquels le malade se livrera. Lorsqu'on pratique, par exemple, l'amputation du sein, le grand diamètre de la plaie ne doit pas être parallèle à l'axe du tronc, car s'il en était ainsi, le tissu inodulaire serait soumis trop fréquemment par les mouvements du bras à des tractions fort dangereuses. Il faut inciser dans la direction des fibres du muscle du grand pectoral.

La solution de continuité, résultant de l'opération, doit offrir une disposition telle qu'elle fournisse au pus un écoulement facile; mais cette règle est toujours sacrifiée à celle qui apprend à éviter le tiraillement de la cicatrice.

Le tranchant du bistouri doit toujours couper la peau perpendiculairement, car si le chirurgien inclinait l'instrument vers lui ou devant lui, les téguments seraient taillés en biseau, le corps muqueux serait intéressé dans une plus grande étendue, et l'on verrait souvent le malade souffrir une ou deux heures après l'opération, comme si un corps très-irritant était appliqué sur les bords de la plaie. La seconde solution de continuité doit commencer et finir exactement dans les extrémités de la première. Le tranchant de l'instrument marche en formant, avec les parties qu'il divise, un angle de 40 à 45 degrés; on le relève à angle droit quand on termine ces incisions.

Ces incisions elliptiques sont mises en usage lors même que la tumeur est sphérique, par la raison

qu'une plaie ovale guérit plus facilement qu'une plaie circulaire, bien que celle-ci ait moins d'étendue.

Mais l'on exécutera mieux ces incisions lorsque sur le cadavre on se sera exercé à bien faire des solutions de continuité rondes.

Dans un grand nombre de cas, il n'est pas permis de prolonger assez les deux incisions semi-lunaires pour que, lors de la réunion de la plaie par première intention, il n'existe pas sur ses angles une espèce de mamelon plus ou moins saillant, formé par les téguments; je pratique les deux incisions de manière que la concavité de la première corresponde à la convexité de la seconde; ainsi les bords de la solution de continuité sont plus facilement mis en contact, et l'on évite l'inconvénient que je viens d'indiquer.

L'œil ne suffit pas toujours pour bien mesurer la quantité de peau destinée à couvrir la solution de continuité résultant de l'extirpation d'une tumeur; on prend la largeur de la base de cette dernière, et l'on conserve supérieurement et inférieurement, aux téguments, la moitié de l'étendue de cette largeur, plus un centimètre (un tiers de pouce) pour chacun des lambeaux, à cause de la contractilité des tissus; ainsi, à l'aide de cette loi générale de médecine opératoire qui n'a pas été indiquée, nous pensons qu'on évitera des fautes qui sont souvent très-nuisibles aux malades.

Cette règle offre une exception. Quelques tumeurs ont exercé sur la peau des tractions fortes et de longue

durée; elles en ont attiré sur elles une grande étendue; si vous suivez alors le précepte que nous venons de tracer, les téguments se rétracteront beaucoup plus que dans les circonstances ordinaires; ce que vous aurez ménagé ne suffira pas pour réunir par première intention : il est difficile ici d'indiquer d'une manière précise la quantité de tissu qu'on doit conserver, parce qu'il faudrait rigoureusement connaître l'étendue de la peau qui a été déplacée : nous recommandons seulement au chirurgien d'inciser plus loin sur la tumeur; il se rappellera qu'il vaut infiniment mieux que les lambeaux soient trop longs que trop courts : il n'est pas besoin de dire qu'il est facile de les raccourcir et qu'il est impossible de les allonger.

On ne sait pas assez d'ailleurs que la réunion par première intention ayant manqué, les lambeaux, quand on ne les maintient pas en place, peuvent se raccourcir d'une manière étonnante. Nous avons été obligé d'en abandonner un à lui-même, sur un malade couché actuellement à l'hôpital de la Pitié; sa longueur a diminué de cinq travers de doigt. J'en ai donné la preuve, ce matin, à ma clinique.

Le volume très-considérable de certaines tumeurs, recouvertes par beaucoup d'artères et de veines, nécessite, surtout chez les individus faibles, une modification que nous avons mise avantageusement en usage, il y a quelques jours, en pratiquant l'extirpation d'un sein cancéreux, du poids de quatre kilogrammes cinq cents grammes (neuf livres). La dissection devant

être ordinairement de longue durée, si, avant d'y procéder, vous faites immédiatement l'une après l'autre les deux incisions, pendant que vous manœuvrerez, elles fourniront une quantité de sang d'autant plus abondante que les vaisseaux seront plus dilatés : pour éviter la perte d'une trop grande quantité de ce liquide on ne doit faire la seconde incision qu'après avoir, à l'aide de la première, disséqué la moitié environ de la tumeur.

Pendant la dissection des tumeurs, le sang gêne la manœuvre; s'il est fourni par des artères un peu volumineuses, elles sont liées ou tordues à mesure qu'on les ouvre, ou bien comprimées avec les doigts sur le lieu de leur division. Il s'agit d'un suintement sanguin; un aide éponge avec vitesse chaque fois qu'un nouveau coup de bistouri vient d'être donné. Ce moyen ne suffit-il pas, on fait exercer autour de la solution de continuité une pression circulaire qui peut empêcher presque entièrement le sang de couler, et quand même on opérerait sur les paupières, où les petits vaisseaux sont extrêmement nombreux, on agirait, pour ainsi dire, comme sur des tissus inanimés : ici le spéculum de Luzardi serait très-avantageux.

Mais il faut : 1° que le sang trouve un écoulement facile, et que, s'il est possible, l'opérateur puisse voir les organes qu'il doit ménager; pour atteindre ce but, il ne disséquera pas de haut en bas et transversalement, de manière que, dans le cas, par exemple, d'extir-

pation du sein, les liquides retenus par la tumeur s'accumulent entre elle et les parois de la poitrine; toutefois il est des exceptions à cette règle : ainsi le cancer peut adhérer au muscle grand pectoral déformé, atrophié par la pression de la masse morbide, par le défaut d'exercice et par la transformation fibreuse. Ses fibres musculaires, à l'état normal, sont d'ailleurs très-minces inférieurement. Enlevez-vous la mamelle, sur des cadavres maigres, d'après les préceptes généralement admis? vous pénétrerez très-souvent sur la face postérieure du grand pectoral que vous dénuderez largement; si, ce qui est possible, vous ne reconnaissez pas l'erreur de lieu que vous commettez, vous pourrez sacrifier à tort une grande étendue de muscle, et le malade se trouvera dans des conditions encore plus désavantageuses que celles où le plaçait l'augmentation de l'étendue de la plaie. Nous conseillons de commencer la dissection sur un point assez saillant du muscle qui le deviendra d'ailleurs davantage par l'abduction du bras; nous éviterons par cette manœuvre les inconvénients graves que nous venons de signaler. Revenons aux règles générales dont nous nous occupons : la dissection sera faite, 2° parallèlement aux gros vaisseaux et aux gros nerfs; 3° parallèlement à l'axe des fibres musculaires. Lorsque la position de la tumeur, la disposition des organes, ne permettront pas de suivre les trois dernières règles que nous venons d'indiquer, on se rappellera qu'il

faut mettre en première ligne celle qui a trait à l'écoulement des liquides; en seconde, celle relative à l'axe des vaisseaux et des nerfs.

Mais on suit tous les préceptes de l'art; cependant, il arrive bien souvent que le sang masque la manœuvre; il est impossible de voir les tissus sur lesquels le bistouri agit; il est alors dirigé par le bout du doigt indicateur qui sent les parties qu'il faut ménager et celles qu'on doit enlever.

La pince à disséquer a l'inconvénient de contondre les lambeaux; on ne l'emploie que dans les cas où leur étendue ne permet pas de les saisir avec les doigts. Le bistouri tranchant sur sa convexité est préféré; on le tient en première position; sa pointe est portée perpendiculairement dans l'une des extrémités de la solution de continuité; on incline ensuite son tranchant de manière qu'il forme un angle de 40 à 45°. Mais au moment où l'on s'aperçoit qu'il va toucher l'extrémité opposée de la plaie, on le ramène à la perpendiculaire, afin d'éviter soigneusement même de la toucher. Dirigé d'après ces principes, l'instrument ne festonnera pas la peau et ne sera point en rapport avec son corps muqueux; il en résultera nécessairement beaucoup moins de douleur. La tumeur siége-t-elle dans un tissu cellulaire assez abondant? Ne craint-on pas de léser les organes voisins? on dissèque largement pour abréger la manœuvre et rendre la plaie plus franche et plus nette. L'opération sera terminée encore

plus promptement si, au lieu de porter, sans diviser les tissus, le bistouri de l'angle dans lequel il est arrivé, dans celui d'où il est parti, le chirurgien le roule entre ses doigts, le fait passer rapidement de la première position à la seconde, *et vice versâ;* il incise alors alternativement devant lui et vers lui. Il n'est permis de disséquer à petits coups avec la pointe du bistouri, et avec des ciseaux, que dans des circonstances tout à fait différentes de celles que nous venons d'énoncer. La dissection ne sera pas continuée au delà de la base des lambeaux. Lorsque des incisions n'auront pas pénétré assez profondément, il faudra prendre garde, en terminant l'ablation des parties malades, que le bistouri ne dépasse l'aire qu'elles occupent.

La peau est très-adhérente aux parties sous-jacentes; le tissu cellulaire sous-cutané est rare; on dissèque avec la pointe et le plat de l'instrument; et pour user de plus de précaution, son tranchant, au lieu d'être tourné du côté des téguments, est dirigé contre la tumeur.

Les lambeaux doivent être assez épais pour se cicatriser avec les parties sous-jacentes; quand le sujet est très-gras, que le tissu cellulaire est très-abondant, il faut sacrifier une partie de son épaisseur; sans cette condition, la masse graisseuse donnant lieu à une exsudation oléagineuse abondante, apporterait de grands obstacles à la réunion immédiate, et la grande quantité

de graisse ne favoriserait pas d'ailleurs la cicatrisation de la plaie.

On n'oubliera pas que des artères rampant dans l'épaisseur du cuir chevelu, il n'en est pas moins susceptible de se cicatriser avec les parties sous-jacentes, quoiqu'il soit complétement dénudé de son tissu cellulaire.

Afin de mieux éviter de faire des boutonnières à la peau, le chirurgien ne renversera pas les lambeaux sur eux-mêmes pendant la dissection, mais il les soulèvera en les portant légèrement en dehors; ainsi l'instrument glissera plus facilement sur eux.

L'opérateur aura grand soin d'enlever complétement les tumeurs; il apportera la plus grande attention à en rechercher les plus petits vestiges dans la plaie; s'il en restait quelques portions, il ferait l'ablation, soit avec les ciseaux courbes sur le plat, soit avec le bistouri; au besoin, il les détruirait par la cautérisation. Nous avons dit, au chapitre *Cancer*, qu'on devrait se livrer aux recherches les plus minutieuses pour extirper les tubercules, les ganglions lymphatiques engorgés qui peuvent exister dans la solution de continuité, après l'amputation de la tumeur principale.

Les lambeaux qu'on veut réunir par première intention sont trop longs; on les resèque; l'on suit la même conduite lorsqu'à la suite de l'extirpation d'un testicule, l'on pense que les bourses trop distendues ne reviendraient pas assez sur elles-mêmes; on aurait pro-

cédé plus chirurgicalement si, dans tous ces cas, au lieu de disséquer mal à propos des organes qu'il faut ensuite emporter, on les eût cernés par deux incisions semi-lunaires et laissés sur la tumeur.

Malgré tous les soins qu'on a mis à disséquer, il peut arriver que les lambeaux soient restés trop minces; on conseille alors de les enlever. Je pense qu'en commençant la manœuvre, l'on doit s'apercevoir qu'on les dénude trop; il faut alors recourir sur-le-champ aux incisions semi-elliptiques; ainsi l'on épargnera des souffrances au malade.

Une tumeur adhère très-intimement, par exemple, au cartilage de la paupière; il n'est pas possible de l'en isoler : on fait éprouver à ce cartilage une déperdition de substance légère, pour ne pas s'exposer à pratiquer une extirpation incomplète qui peut être suivie de récidive, quoique la cautérisation ait été employée.

Nous avons déjà dit, au chapitre *Cancer*, que, s'il s'agit d'un carcinome ou d'un squirrhe, on ne peut pas se dissimuler qu'entre les parties malades et celles qui, paraissant saines, entourent la tumeur, il n'y ait une certaine analogie dans la manière d'être des propriétés vitales : à moins que les localités ne s'y opposent, je conseille alors d'enlever un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) environ des tissus voisins, quoiqu'ils n'offrent aucune trace de la maladie.

Parmi un assez grand nombre d'observations que je possède et que je pourrais citer à l'appui de l'opinion

que je viens d'énoncer, j'en rapporterai une seule recueillie à la clinique de l'hôpital de la Pitié. Un malade couché dans la salle Saint-Louis était affecté d'un cancer superficiel siégeant sur la face postérieure de l'avant-bras; il avait récidivé, d'abord, à la suite de l'ablation pratiquée avec le bistouri, puis après l'application de la pâte arsenicale qui, dans le principe, semblait avoir parfaitement réussi; j'enlevai un pouce de peau environnant l'ulcère, quoique ces téguments parussent être à l'état normal : l'aponévrose anti-brachiale, la superficie des muscles où l'on n'apercevait aucun vestige de cancer, subirent le même sort; la cure radicale de la maladie a été obtenue.

D'après le précepte que nous venons d'établir, il semble que, abstraction faite des cas dans lesquels on craint la difformité de la cicatrice ou la gêne des mouvements, on doit rejeter l'extirpation des tumeurs cancéreuses ou squirrheuses, parce qu'elle expose plus que l'amputation à la récidive de la maladie : mais, quand la peau est sacrifiée dans des localités où la cicatrice est souvent tiraillée, comme à la suite de l'amputation du sein par exemple, l'expérience a prouvé que la répullulation du carcinome est très-fréquente; l'extirpation alors doit être préférée : si au contraire on n'enlève qu'une petite étendue de peau, si la plaie se cicatrise dans un lieu où le tissu inodulaire est presque entièrement soustrait à la cause dont nous nous occupons, l'amputation du

squirrhe ou du cancer mérite la préférence, quoi qu'on ait avancé que la réunion immédiate faisant plutôt cesser l'irritation occasionnée par la solution de continuité, pouvait éviter la récidive. Nous avons parlé à l'article *Cancer* de l'autoplastie de M. Martinet.

Une tumeur érectile doit être enlevée, tous les autres moyens destinés à la combattre ayant échoué : si vous ne sacrifiez pas au moins un centimètre (un tiers de pouce) des tissus sains environnant la maladie, vous vous exposez d'une manière presque certaine à la voir se reproduire en totalité ou en partie.

Un jeune homme portait au front un nœvus de la largeur d'une pièce de deux francs. J'incisai sur les parties paraissant saines autour de la tumeur ; je disséquai dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui semblait être à l'état normal : la cicatrice de la plaie fut rapidement obtenue ; mais trois lignes rouges transversales s'y montrèrent ; elles persistent encore sur la cicatrice qui a blanchi.

Un nœvus siégeait chez une dame sur la face dorsale du pied ; il fut accidentellement excorié ; un ulcère survint ; il se développa un champignon. J'opérai d'après les principes généralement admis : la cicatrice, qui ne perdit d'ailleurs rien de sa solidité, offrit et conserva la couleur du point de la peau sur laquelle la maladie avait siégé.

Lorsque l'artère principale d'un membre est logée dans l'épaisseur d'une tumeur, on conseille de lier

préalablement le vaisseau, pourvu que des circonstances impérieuses n'exigent pas qu'on rejette l'opération. N'existe-t-il pas des cas dans lesquels l'artère est entourée de tissu cellulaire sain qui permettrait de la disséquer sans la blesser? J'ai vu des tendons présenter cette heureuse disposition. Je laisse à l'anatomie pathologique le soin d'éclairer ce point important de thérapeutique. Si des tissus indurés adhéraient à l'artère, pourrait-on les en détacher sans léser la membrane externe de ce vaisseau? La manœuvre de cette partie de l'opération me paraît au moins extraordinairement difficile; on pourrait placer une ligature d'attente, et tenter un essai qui peut-être ne serait pas infructueux. Quant aux nerfs principaux qui présentent les mêmes conditions, on devrait à plus forte raison essayer de les conserver; mais avant de se déterminer à l'opération, il faudrait décider si la présence de la tumeur exposerait à de plus graves inconvénients qu'une paralysie.

Nous avons dit que les tendons pouvaient aussi être logés dans l'intérieur des tumeurs : un malade couché à l'hôpital de la Pitié était affecté d'un corps fibreux siégeant sur la face dorsale du pied; il était du volume de la moitié du poing; il s'étendait jusqu'à l'extrémité antérieure des trois premiers métatarsiens; il renfermait dans son épaisseur les tendons extenseurs du gros orteil : je les y trouvai enveloppés d'une lame de tissu cellulaire à l'état sain; je les disséquai et je les conser-

vai : la guérison fut obtenue; ils reprirent l'usage de toutes leurs fonctions. Quand ces organes sont mis à découvert, et même isolés dans toute leur circonférence, on les voit rarement s'exfolier. Je crois inutile de citer ici d'autres faits à l'appui de cette proposition.

Quoique la mobilité d'une tumeur ne soit pas due aux parties sous-jacentes qu'on déplace avec elle, quand, en d'autres termes, cette mobilité appartient seulement à cette tumeur, il ne faut pas croire qu'il soit toujours facile de la détacher des tissus sur lesquels elle repose : ses adhérences n'en sont pas moins quelquefois très-solides et difficiles à détruire.

Les tumeurs siégent-elles sur un gros nerf ou sur une grande artère, le bistouri est-il porté sous la base de ces tumeurs, la lésion des organes importants que nous venons d'indiquer est presque inévitable. Il faut d'abord, avant de se décider à pratiquer l'opération, s'assurer s'ils ne sont pas compris dans le tissu accidentel. Comme il n'est pas toujours facile d'en avoir la certitude, on pourrait, dans les cas douteux, mettre supérieurement et inférieurement à découvert les parties qu'on a tant d'intérêt à ménager, afin de mieux apprécier leur position et leurs rapports. Elles ne sont point engagées dans le corps fibreux; on le saisit avec une ou plusieurs érignes doubles; et pendant que des tractions combinées sont exercées sur lui pour le déraciner, en lui faisant exécuter des mouve-

ments de bascule, les doigts, la spatule qui entre dans la composition de la trousse, concourent à détruire les adhérences de la base de la tumeur : elles sont souvent constituées par un tissu cellulaire fin et élastique.

Souvent, à mesure qu'on exerce des tractions sur les tissus malades, l'artère et le nerf situés au-dessous d'eux sont tiraillés, le chirurgien est menacé de les voir se rompre : c'est alors que la manœuvre doit marcher plus lentement, et que les doigts d'un aide, destinés à soutenir le vaisseau et le cordon nerveux, sont appliqués sur eux au-dessus et au-dessous de la tumeur. En suivant ce précepte, les praticiens modernes ne sont plus arrêtés par les dangers des hémorrhagies, des paralysies qui avaient fait renoncer les anciens à opérer dans les circonstances dont nous venons de nous occuper. J'ai vu mettre ainsi à découvert, sans aucun accident, les artères carotides, brachiale, crurale, etc., le plexus brachial, les nerfs poplités; j'ai moi-même suivi ces principes, d'une exécution d'ailleurs, en général, assez facile.

L'énucléation ne suffit pas toujours pour détacher les tumeurs; il n'est pas rare de rencontrer des brides fibreuses qu'on ne peut pas déchirer, même en exerçant sur elles des tractions très-fortes : alors on les isole le plus possible; elles sont coupées à ras la tumeur avec des ciseaux conduits sur le doigt indicateur.

Prenez garde aux tractions exercées sur les tumeurs

pour déchirer les adhérences qu'elles offrent à leur base; l'air s'introduit alors très-facilement dans le tissu cellulaire : il est aisé de constater ce fait à la surface de la plaie résultant de l'amputation du sein, où l'on remarque souvent de l'emphysème. L'air atmosphérique peut aussi facilement s'introduire dans les veines; et de là, suivant les localités, ces événements funestes qui frappent le chirurgien de terreur. Lorsque vous opérerez, surtout sur le cou, évitez ces tractions.

Mais les vaisseaux et les nerfs n'adhèrent point à la tumeur; ils en sont même situés assez loin : vous exercez des tractions sur les tissus morbides pour les abaisser; n'oubliez pas que les artères et les cordons nerveux les suivent, si vous ne les faites pas soutenir : sans cette précaution, vous vous exposerez à les déchirer ou à les blesser avec l'instrument tranchant. Dans quelques cas d'extirpation de ganglions volumineux siégeant près du creux de l'aisselle, j'ai vu une partie du plexus brachial et l'artère descendre, pendant la manœuvre, même de plusieurs centimètres (quelques pouces).

Vous opérez dans le creux de l'aisselle, sous les muscles pectoraux; vous attirez à vous des ganglions lymphatiques engorgés qui tiennent encore à l'économie par des colonnes fibreuses, renfermant dans leur épaisseur des artères assez volumineuses : l'énucléation, les tractions, les torsions même, sont impuissantes pour rompre ou déchirer ces colonnes fibreuses; il faut

nécessairement les couper ; si vous n'avez pas la précaution de faire une ligature avant la section, le vaisseau divisé, n'étant plus soutenu, remonte, abandonné à lui-même, à une très-grande hauteur ; il ne vous est plus possible de le voir, de le saisir, de le tordre ou de le lier; le sang coule abondamment; vous êtes alors forcé de pratiquer un tamponnement solide qui détruit les adhérences celluleuses des organes, les sépare, agrandit la plaie, produit de violentes douleurs et une inflammation dont les résultats sont trop souvent funestes.

Lorsqu'une tumeur est volumineuse, et surtout quand elle offre des racines qui, situées près de son centre, pénètrent à une assez grande profondeur, il est très-difficile de poursuivre la maladie jusque dans ses derniers retranchements ; la masse morbide couvre au moins en grande partie les prolongements qui en partent ; en la renversant, en l'inclinant, on ne les met guère à découvert : la manœuvre est alors singulièrement gênée, puisqu'elle doit se faire dans une aire couverte et profonde, où souvent les doigts n'arrivent pas sans difficulté et où le bistouri pénètre sous des angles peu favorables à la liberté, à la sûreté et à la facilité de son action. Voulez-vous éviter tous ces inconvénients, débarrassez-vous, en la réséquant, de la partie principale de la tumeur; vous opérerez alors comme dans les circonstances ordinaires. Le précepte que nous donnons est d'autant plus utile que les tissus

morbides siégent sur un grand vaisseau, sur un nerf, ou sur un organe important.

Pour faciliter la manœuvre, il faut quelquefois diviser la tumeur en deux parties, afin de pouvoir les attaquer plus avantageusement l'une après l'autre.

Un sarcome siégeait sur la moitié droite environ, du corps de la mâchoire inférieure ; il partait de son extrémité antérieure un prolongement volumineux qui, sans adhérer au reste de l'os, s'étendait presque jusqu'à la dernière dent molaire du côté opposé. En pratiquant l'opération, on devait nécessairement appliquer la scie à quelques lignes en dehors de la symphyse du menton, puisque la dégénérescence du tissu osseux s'arrêtait à cette symphyse. On sait que pour détacher la tumeur des parties molles saines qui l'environnent, le bistouri entre dans la bouche par l'écartement qu'offrent les deux bouts d'os résultant de la section; l'opérateur se serait créé de grands obstacles, s'il avait commencé par faire marcher son bistouri de droite à gauche, entre le maxillaire et le carcinome; si après avoir contourné les tissus morbides de ce côté, il avait longé leur partie postérieure jusque vers la ligne médiane, d'où il était parti. L'étroitesse de la solution de continuité, la mâchoire n'ayant encore éprouvé aucune déperdition de substance, l'abondance de l'écoulement du sang, la difficulté ou l'impossibilité de saisir, de lier ou de tordre les artères ouvertes, auraient singulièrement prolongé la manœuvre; je divisai la tumeur de part en part vis-à-

vis du point où l'os avait été scié; j'attaquai ensuite d'abord le côté droit de la maladie; je sciai l'os une seconde fois à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) au-dessous de son angle inférieur, et j'enlevai, avec les tissus malades qui l'environnaient, toute l'étendue de la portion que je venais de séparer par mes traits de scie; alors j'eus mes coudées franches; je n'étais plus gêné par le corps de la mandibule, j'opérais dans une large plaie, et je pus disséquer avec beaucoup de facilité le côté gauche de la tumeur, que j'avais d'abord à dessein épargné.

Les localités ne permettent pas toujours d'enlever complétement la tumeur avec l'instrument tranchant ou à l'aide de l'énucléation ; la cautérisation exposerait à des accidents très-graves, probablement funestes. La ligature de la presque totalité du reste de la maladie, sans embrasser les grandes artères et les gros nerfs, peut être faite avec succès, si l'on emploie le tourniquet-cabestan de M. Mayor de Lausanne; l'application d'un lien sur des tissus anormaux enflamme les portions de ce tissu situées derrière lui; nous les avons vues quelquefois se gangrener entièrement; les malades sont guéris. J'ai signalé des faits de ce genre à l'occasion des polypes utérins; j'en ai observé sur d'autres points de l'économie, et quand il s'agissait même d'affections squirrheuses.

L'inflammation qui s'empare des tissus indurés qu'on ne peut pas enlever, suffit, dans certaines circon-

stances, pour en obtenir la résolution, quand ils ne sont pas de trop mauvaise nature : on met d'ailleurs en usage, pour résoudre ces engorgements, les moyens que nous avons indiqués au chapitre *Cancer;* ils réussissent assez souvent.

Lorsque les kystes renfermant un liquide sont très-petits, il est plus difficile de les disséquer; la plupart des praticiens conseillent de les ouvrir largement, de les cautériser avec le nitrate d'argent fondu : l'expérience a sanctionné cette excellente pratique.

Un kyste bleuâtre, transparent et mince, est très-facile à déchirer; on ne le saisira pas avec les pinces à disséquer et moins encore avec l'érigne; on conseille avec raison, quand il est volumineux, de ne pas l'ouvrir, car alors qu'il serait vidé, il deviendrait très-difficile de l'extirper; sa ténuité pourrait même échapper à l'œil le plus exercé.

Vous avez fait des incisions pour découvrir un kyste : il est opaque, blanc nacré; il offre alors beaucoup d'épaisseur et une grande résistance aux instruments. S'il n'est pas possible de l'énucléer, doit-on l'ouvrir quand il est volumineux pour le disséquer ensuite? Je conseille de suivre les préceptes renfermés dans l'observation suivante, que j'ai publiée moi-même. (Voyez *Bulletin général de Thérapeutique*, 1840.)

Kyste séreux du volume du poing, s'étendant depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à douze centimètres (quatre pouces) au-dessous, et siégeant sur les trois artères carotides. — Extirpation de ce kyste, précédée d'une incision faite dans toute sa longueur. — Guérison.

J'ai pratiqué cette opération, aidé de MM. Pinel-Grandchamp et Baud; j'ouvris le kyste dans toute l'étendue de son diamètre longitudinal; il fut facile de le détacher par la dissection des adhérences qu'il avait contractées avec le bord antérieur et la face interne du sterno-cléido-mastoïdien, avec le larynx et la région sus-hyoïdienne : il était épais, dur, et très-résistant. Lorsqu'il présente ces conditions, dont on peut s'assurer quand on l'a mis à découvert, je conseille, contre les préceptes généralement admis, d'en faire la dissection après l'avoir largement incisé; je pense qu'elle est infiniment plus facile que si l'on procédait autrement; une comparaison bien simple va le démontrer : ouvrez l'abdomen, vous séparerez le péritoine des parois abdominales avec beaucoup plus de facilité que si cette membrane n'avait pas été divisée préalablement à sa dissection.

Mais j'étais arrivé aux points où la tumeur reposait sur les gros vaisseaux que nous avons indiqués : fallait-il s'arrêter là? Il serait resté dans une plaie très-profonde une grande étendue du kyste, qui peut être aurait donné lieu à une fistule bien difficile à guérir, et

qui, probablement, aurait exigé une seconde opération. Guidé par ces idées, et enhardi par les succès que j'ai obtenus dans les désarticulations de l'os maxillaire inférieur, je fis saisir par un aide les bords du kyste, je commandai de le soulever; j'énucléai un peu; je disséquai très-lentement : mes efforts furent couronnés de succès. Quinze jours ont suffi pour obtenir la guérison; je mets depuis plusieurs années en pratique les principes que je viens d'exposer; toujours, jusqu'aujourd'hui, l'expérience les a sanctionnés.

Est-il possible, pour en rendre l'opération plus simple, de diminuer le volume d'une tumeur constituée par un kyste renfermant un liquide? Examinons cette question importante de thérapeutique chirurgicale : à mesure que cette tumeur s'est développée elle a attiré sur elle la peau qui l'environnait, et qui se trouve ainsi déplacée dans une proportion qui est en rapport surtout avec la hauteur que présente la production organique accidentelle; l'ouvrez-vous sur son point le moins déclive, afin qu'elle ne se vide pas complétement et qu'elle n'échappe pas ensuite à la dissection, qu'arrivera-t-il? La moitié au moins du liquide contenu dans la tumeur s'écoulera à l'extérieur; celle-ci s'affaissera; les téguments seront moins tiraillés, et à quelque chose près ils viendront reprendre la place qu'ils occupaient lorsque le kyste était peu développé : si, avant de recourir aux moyens que nous venons d'indiquer, on a fait avec de l'encre une tache sur la

tumeur à trois centimètres (un pouce) de sa base ; quand elle est vidée en partie comme nous venons de le dire, non-seulement cette tache ne repose plus sur elle, mais encore on l'en trouve souvent assez éloignée. Or, il est évident qu'alors la peau sera incisée dans une moins grande étendue ; la dissection portera sur une surface moins grande : de là moins de douleur, une plaie moins étendue, une opération moins laborieuse. Nous dirons ailleurs le parti avantageux que nous avons tiré de ces idées pour la ponction et l'injection de l'hydrocèle.

Un kyste repose quelquefois sur un engorgement impossible à constater quand l'opération n'est pas commencée : j'indique cette circonstance afin qu'on s'en défie et qu'on fasse les recherches nécessaires, soit avant, soit après l'ablation complète de la tumeur.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT DE L'ESTHIOMÈNE

OU DARTRE RONGEANTE.

Les dartres rongeantes sont rebelles : les praticiens modernes ont fait des tentatives diverses pour arriver à une méthode curative plus sûre et plus prompte que celles imaginées par leurs devanciers (voyez *Bulletin thérapeutique*, t. III, p. 159, et t. V, p. 119). La cautérisation, moyen puissant et le plus généralement employé, échoue dans un grand nombre de circonstances, parce qu'on la met en usage sans discernement et qu'ainsi non-seulement on lui fait perdre toute sa valeur, mais encore on la rend quelquefois nuisible; il est des indications à saisir : nous allons nous en occuper et prouver que si l'on sait manier le proto-nitrate acide liquide de mercure, on obtient de nombreuses guérisons.

Toutes les fois que la dartre était accompagnée d'une douleur assez vive, que le malade en souffrait

plus ou moins constamment et que la rougeur de l'ulcère et de son pourtour était très-prononcée, si l'on pratiquait une cautérisation, toujours ou presque toujours elle agissait au bénéfice de la maladie, qui s'aggravait par l'augmentation de la phlegmasie. Or, nous pensâmes qu'avant de cautériser dans les circonstances que nous venons d'indiquer, il fallait appliquer des cataplasmes émollients, et recourir à des évacuations sanguines; elles ne sont pas destinées à guérir la maladie, comme certaines personnes l'ont prétendu, mais bien à calmer l'inflammation et à favoriser l'action de la cautérisation. En agissant d'après les principes que nous établissons, nous ne tardâmes pas à nous convaincre que dans la plupart des cas le protonitrate acide liquide de mercure, loin d'être nuisible, produit au contraire des effets très-avantageux. Les surfaces changent d'aspect, et la cicatrisation commence à marcher ordinairement de la circonférence au centre; mais il y a quelquefois des points d'arrêt dans l'action de ce traitement; et, quoique l'application du caustique fût pratiquée suivant l'indication que je viens de poser, celle-ci cependant n'était point utile, parce qu'elle dépassait le degré d'action nécessaire, qu'elle était trop énergique : alors, que fallait-il faire? S'attacher de nouveau à affaiblir l'irritation trop forte que nous avions déterminée : c'est aussi ce que nous avons fait; ainsi l'inflammation a été diminuée, flétrie, c'est le mot. La cautérisation

a ensuite admirablement réussi, c'est-à-dire que la plaie s'est détergée et que la cicatrice a commencé à se former.

Dans le traitement des dartres rongeantes par l'usage du protonitrate acide liquide de mercure, voici les indications que nous suivons :

Avant de cautériser, il faut qu'il n'y ait pas trop d'inflammation : quand il existe une douleur un peu prononcée, que la rougeur est vive et la caloricité augmentée, on met des cataplasmes émollients et l'on saigne pour diminuer la phlegmasie.

Beaucoup de médecins, parce que la mode s'étend à tout, veulent appliquer des sangsues : je leur préfère la saignée générale, car lors même qu'elles seraient posées à six, neuf, douze centimètres (deux, trois ou quatre pouces) des points malades, les petites plaies qu'elles produiraient pourraient, je l'ai vu souvent, se convertir en dartres rongeantes. Voulez-vous mettre les annélides en usage, appliquez-les au moins à quinze ou dix-huit centimètres (cinq à six pouces) du siége de la maladie. On peut être obligé de réitérer assez fréquemment la phlébotomie. Je fais extraire peu de sang, et pour qu'elle soit révulsive, on la pratique sur le point le plus éloigné possible du lieu malade. Beaucoup de personnes ont nié, en France, les effets de la saignée dérivative, c'est à tort : ce n'est pas contre la fièvre que nous saignons, elle n'existe pas ; c'est pour dériver le sang. J'ai souvent prescrit cette

espèce d'évacuation sanguine; elle était de quatre-vingt-dix à cent vingt grammes (trois à quatre onces). On la faisait sur vingt à vingt-cinq des femmes placées dans mes salles pour des affections de l'utérus; presque toujours les douleurs utérines ont été enlevées, et, chose digne de remarque, après chaque saignée, les malades ont eu des céphalalgies, des vertiges et des signes de congestions sanguines vers la tête ou vers la poitrine. C'est une idée médicale importante à émettre que celle de proscrire, dans le cas qui nous occupe, ces sortes de saignées, quand les sujets sont disposés à l'apoplexie ou aux maladies du cœur, du poumon.

Si les malades sont très-forts, je fais pratiquer la saignée spoliative, en commençant le traitement.

A quelle époque doit-on renouveler la cautérisation, lorsque d'ailleurs il n'y a pas cette irritation et cette inflammation qui exigent les saignées et obligent d'attendre? Il est des gens qui disent tous les huit jours, et moi je dis tous les huit jours environ, car le chirurgien ne peut pas fixer ainsi sa marche par étape. Quand, après l'usage du protonitrate acide liquide d'hydrargyre, la plaie se déterge bien, ou qu'elle est détergée, que les bourgeons charnus sont de bonne nature et que la cicatrice marche, pourquoi pratiqueriez-vous de nouvelles cautérisations? Mais quand la cicatrisation ne fait plus de progrès ou que l'ulcère a de la tendance à reprendre un mauvais aspect, cautérisez sur-le-champ, à moins qu'il n'y ait par trop d'in-

flammation, que vous combattriez par une saignée.

Si après la cautérisation, ce qui arrive assez souvent, vous avez produit trop d'irritation ; si l'inflammation de l'ulcère devient très-forte, vous devez encore recourir immédiatement à la saignée.

Il arrive souvent une époque à laquelle vous n'avez plus affaire à une dartre rongeante : la solution de continuité offre tous les caractères de l'ulcère atonique simple ; votre médication a changé complétement la nature de la maladie. Savez-vous alors ce qui arriverait si on continuait à être dirigé par l'idée qu'on a toujours à traiter un ulcère rongeant, et qu'on employât encore la cautérisation? On pourrait être fort nuisible au malade, en surexcitant la solution de continuité, et l'on s'exposerait à faire renaître l'affection primitive : l'ulcère atonique sera pansé avec le vin aromatique et les autres moyens usités ; on interrogera l'organisme ; car tous les topiques ne réussissent pas également bien suivant les idiosyncrasies.

Vous devez cautériser, dans le but de modifier la vitalité des tissus plutôt que dans l'intention de les désorganiser. On aurait donc tort de se servir du mot cautérisation, parce que les mots représentent la pensée et que celui-ci veut dire détruire, brûler, désorganiser ; il vaut infiniment mieux s'exprimer de la manière suivante : toucher les ulcérations avec le caustique.

On essuie la surface ulcérée : sans cette précaution,

le protonitrate acide liquide d'hydrargyre se combinerait avec les liquides qui baignent l'ulcère; une couenne blanche se formerait, et au-dessous d'elle les tissus seraient intacts; on n'aurait rien fait.

On imprègne un très-petit pinceau de protonitrate acide liquide d'hydrargyre, et l'on touche légèrement deux fois le point malade, aussi rapidement que s'écoulent deux secondes.

Dans quelle étendue faut-il appliquer le caustique? Quand l'ulcère est vaste, gardez-vous d'agir largement, vous pourriez déterminer des accidents graves; touchez seulement la surface dénudée dans l'étendue d'une pièce de cinq francs; l'expérience a prouvé que les points de l'ulcération qui ont été épargnés n'en sont pas moins modifiés, comme s'ils avaient été en contact avec le médicament. Un malade portait deux ulcères phagédéniques, siégeant l'un sur la cuisse et l'autre sur le ventre; nous touchâmes le premier seulement avec le protonitrate acide liquide de mercure; le second, qui depuis longtemps était stationnaire, fut d'abord puissamment modifié et se cicatrisa ensuite.

Au n° 6 de la salle des femmes, se trouve une jeune fille âgée de dix-sept ans; elle est entrée à l'hôpital avec une dartre rongeante, siégeant sur le nez et existant depuis deux ans environ. Cette malade nous avait été adressée par une grande dame de Paris, qui, après avoir pris l'avis de plusieurs chirurgiens distingués, était persuadée qu'il n'y avait d'autres ressources que

l'ablation de l'organe, pour recourir ensuite à la rhinoplastie. La maladie avait beaucoup augmenté le volume des tissus, ils présentaient des végétations considérables et des ulcérations très-profondes. Sous l'influence des moyens que nous venons d'indiquer, auxquels nous avons associé les amers et les purgatifs, la malade est guérie de sa dartre rongeante, qui est remplacée par un herpès furfuracé : traitée par les émollients d'abord et ensuite par les antiherpétiques proprement dits, cette affection a disparu.

Au n° 16 de la même salle est une femme âgée de vingt-trois ans; elle offre la même affection, avec cette différence que, chez elle, il ne s'est point développé de végétations; l'ulcération est sèche et fait des progrès; elle a détruit, de bas en haut, la moitié des ailes du nez, ainsi que la sous-cloison et une partie de la cloison de cet organe. Cette malade, comme la précédente, avait été soumise infructueusement à un grand nombre de médications; on avait même eu recours à la cautérisation; mais elle avait été empiriquement employée; elle avait aggravé la maladie. Les cataplasmes émollients, le caustique et les saignées mis en usage, d'après les principes que nous avons établis, les amers et les antiherpétiques, avaient presque guéri cette malade, lorsqu'elle fut prise d'une variole confluente dont elle a été traitée dans la division de M. Serres. Elle nous est revenue avec une dartre caractérisée par des croûtes jaunes ressemblant à du miel concrété. Nous avons fait

tomber ces croûtes avec de l'huile; de la rougeur et des érosions existaient sous elles; nous les avons touchées avec le nitrate d'argent fondu : la malade est guérie.

Moissan (Yves-François), âgé de trente-deux ans, couché au n° 5 de la salle Saint-Louis, a présenté dès sa naissance un petit bouton sur le lobe du nez; ce bouton s'est ulcéré; il a été guéri par un emplâtre contenant de l'arsenic; deux ans après, récidive à l'aile gauche du nez; même traitement : guérison. Il y a six ans que la maladie s'est montrée de nouveau sur son siége primitif et sur la lèvre supérieure. Il entra dans un hôpital de Paris au mois d'avril 1837; on l'y traita par l'iode et par la cautérisation avec le nitrate d'argent fondu; il en sortit non guéri. Quelques jours après, l'ulcération s'agrandit : le sujet rentra dans le même établissement, il y séjourna cinq mois pendant lesquels sa maladie ne fut presque pas amendée. Il vint à l'hôpital de la Pitié; il portait sur la lèvre supérieure une ulcération de quatre centimètres environ (quinze lignes) d'étendue, il en offrait une autre occupant la moitié de l'aile droite du nez. Je fis pratiquer quatre saignées au bras, une au pied; on mit des cataplasmes émollients : trente sangsues furent posées sur les apophyses mastoïdes; j'eus recours cinq fois à la cautérisation avec le protonitrate acide liquide de mercure; je touchai les ulcères à deux reprises différentes avec le nitrate d'argent fondu; j'administrai les amers : ce malade sortit

parfaitement guéri de l'hôpital, après quatre mois de traitement.

Les dartres rongeantes sont produites par un vice herpétique : on vient de voir qu'assez souvent, quand on a guéri l'ulcère, il survient un herpès furfuracé croûteux ou pustuleux, ce qui revient à cette grande idée que la maladie dont nous nous occupons peut passer par tous les intermédiaires, pour arriver au degré le plus élevé, et qu'elle peut finir comme elle a commencé.

Je n'ai point besoin de dire que si ces dartres, légères comparativement à la dartre rongeante, sont négligées, elles peuvent reprendre leur caractère primitif.

Tout le monde sait que la récidive des dartres rongeantes est assez fréquente; mais on l'observe beaucoup moins souvent, lorsque, après la cicatrisation de l'ulcère, on continue le traitement interne, lorsqu'on pratique de temps en temps une saignée, lorsque les malades veulent se soumettre aux soins hygiéniques convenables.

Si l'on pense que le vice herpétique est inhérent à la constitution, si l'ulcère a existé longtemps, s'il a constitué un exutoire auquel l'économie s'est accoutumée, on place un cautère sur le point le plus éloigné possible du siége de la dartre rongeante.

Mais faisons remarquer que dans le traitement des dartres, quelles qu'elles soient, on met en général trop tôt en usage les moyens excitants, d'où résulte très-

souvent une irritation qui, ajoutée à celle qui existe déjà, s'oppose à la guérison et aggrave souvent même le mal. Je suis persuadé qu'on guérirait un beaucoup plus grand nombre d'affections herpétiques, si l'on employait la saignée et les autres émollients, et si l'on avait la patience de les continuer très-longtemps; je m'en suis convaincu dans ma pratique particulière; j'en ai donné la preuve, quelquefois, à ma clinique de l'hôpital de la Pitié.

M. D...... de Grenelle, que j'ai soigné avec M. Baud (Victor), était affecté d'un lichen occupant toute l'étendue de la peau, abstraction faite de la face, où l'on observait cependant encore quelques papules; ce malade avait été traité infructueusement, pendant plusieurs années, par les hommes spéciaux qui, presque toujours, s'étaient retranchés sur les médications excitantes. La peau était comme parcheminée et de couleur bronzée. Je fis pratiquer quatre saignées au bras, dans l'espace de six mois. M. D...... prenait tous les jours deux bains entiers chauds à l'eau de son, avec addition de décoction de morelle : il y restait chaque fois deux ou trois heures. Les membres abdominaux et thorachiques, le bassin, le tronc et le cou, étaient enveloppés par des cataplasmes faits avec du riz bien cuit dans l'eau de guimauve, et mis entre deux linges; on les renouvelait de quatre en quatre heures; des tisanes mucilagineuses et acidules étaient administrées; nous purgions de temps en temps le malade; il prenait des aliments doux.

La peau, qui d'abord pouvait à peine être divisée par la lancette, se ramollit; la desquamation fut moindre. Les articulations commencèrent à pouvoir se fléchir avec moins de difficulté; les gerçures se cicatrisèrent; les papules devinrent moins nombreuses et les téguments moins rugueux; les démangeaisons intolérables qui privaient le malade de sommeil, malgré l'usage des calmants, avaient singulièrement diminué.

Déjà, dès le quatrième mois, M. D... ne souffrait presque plus; nous eûmes alors recours aux préparations antimoniales; nous fîmes administrer des douches de vapeur simple et les amers à l'intérieur.

Six mois de traitement suffirent pour obtenir la guérison. Il se développe de temps en temps autour des articulations de légères éruptions difficiles à caractériser et faisant éprouver des démangeaisons assez vives; elles cèdent facilement à la phlébotomie, aux bains, aux cataplasmes émollients et à de légers purgatifs; d'ailleurs, l'embonpoint et la santé générale, parfaitement rétablis, se sont constamment soutenus.

Un enfant portait sur les mains et sur les avant-bras une dartre furfuracée; on l'avait longtemps traité sans succès par les excitants ordinaires; je lui fis pratiquer une saignée au bras; il prit des bains entiers à l'eau de son : matin et soir, pendant deux heures, les parties malades étaient plongées dans le même liquide, avec lequel on imbibait des compresses qu'on appliquait

sur l'herpès; on les tenait toujours humides; des amers, quelques légers purgatifs furent employés, j'obtins la guérison en vingt jours.

Cette méthode de traitement convient à toutes les dartres légères qui affectent superficiellement la peau sans l'ulcérer ou qui y produisent seulement de simples érosions; elle peut guérir seule, mais dans beaucoup de cas elle ne parvient qu'à diminuer l'éréthisme et la phlegmasie, et à préparer les voies aux résolutifs, aux antiherpétiques proprement dits. J'ai souvent employé alors, avec un grand succès, à l'hôpital de la Pitié, le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés (bertholimètre de Decroizilles); les règles de l'application de ce médicament sont celles indiquées au chapitre *Brûlures* de cet ouvrage.

Mais nous allons donner de nouvelles preuves en faveur de l'idée que l'élément inflammatoire qui complique les ulcères s'oppose souvent à l'efficacité des moyens de thérapeutique les plus puissants.

Lorsque les malades affectés d'ulcères atoniques arrivent à l'hôpital, ces solutions de continuité offrent ordinairement une phlegmasie assez développée : si les émollients ne la diminuent pas, comme on l'observe assez souvent, on voit presque toujours échouer les médications variées qu'on met consécutivement et successivement en usage. Je fais alors pratiquer au bras une saignée révulsive de cent vingt à cent quatre-vingts grammes (de quatre à six onces); l'inflammation cède,

et les médicaments excitants qui remplacent les cataplasmes émollients, produisent les plus heureux effets.

Vous traitez par les antiphlogistiques une maladie vénérienne consécutive, vous échouez : vous combattez cette maladie par les mercuriaux unis aux sudorifiques, vous ne réussissez pas ; essayez d'associer ces derniers médicaments à quelques évacuations sanguines ; cette méthode mixte obtient presque toujours les plus brillants succès, surtout quand il s'agit d'ulcères et lors même que l'inflammation n'est pas très-développée. Les résultats heureux que j'ai montrés, à l'hôpital de la Pitié, sont trop nombreux pour que j'insiste davantage sur le précepte que je viens d'émettre.

Des ulcérations superficielles, offrant un caractère douteux et siégeant sur des indurations peu étendues en surface et en profondeur, guérissent souvent même avec promptitude et facilité, lorsqu'on cautérise et qu'on pratique des évacuations sanguines d'après les principes établis à l'occasion des dartres rongeantes. J'ai obtenu à l'aide de cette méthode la cicatrisation d'un grand nombre d'ulcères situés sur la langue, et j'ai ainsi évité des opérations fort douloureuses et que des gens du monde surtout redoutent singulièrement.

DE L'INJECTION

ET DE LA FLUXION SANGUINES.

Chez certaines personnes la figure rougit, il existe une sensation incommode, une sorte de tension; la caloricité est augmentée pour le malade, elle l'est aussi pour le chirurgien qui touche la peau. Cet état disparaît en quelques instants : ce n'est point là une inflammation, c'est une injection sanguine.

On se lave les mains à l'eau froide; elles rougissent bientôt; elles deviennent plus chaudes : ces phénomènes disparaissent rapidement et d'une manière spontanée, ils n'étaient donc pas constitués par une phlegmasie, mais bien par une fluxion sanguine.

La peau est quelquefois très-irritable. Vous pratiquez sur elle des frictions même légères, elle rougit, sa caloricité augmente, il existe un peu de douleur : les téguments recouvrent en général leur couleur normale au bout d'un quart d'heure environ; on ne peut

pas encore ici reconnaître une inflammation : c'est une injection ou une fluxion sanguine.

Les mains en hiver se sont refroidies, la rougeur s'en empare, surtout quand on les chauffe ou quand on les soustrait à l'action du froid : on éprouve des picotements douloureux et même de la cuisson; tout le monde sait la rapidité avec laquelle cette incommodité disparaît; c'est une fluxion.

Ces faits, auxquels nous pourrions en ajouter beaucoup d'autres, suffisent pour faire distinguer l'inflammation de l'injection et de la fluxion sanguines. J'insiste sur ce point important de pathologie, parce qu'il est des médecins qui, ayant d'ailleurs rendu d'immenses services à la science et à l'humanité, voient partout des phlegmasies, et mettent partout en usage les évacuations sanguines, souvent incapables de guérir et souvent même nuisibles. Nous allons en donner la preuve; mais avant tout, nous poserons les indications qu'on devra saisir, et nous rejetterons ici, à tout jamais, l'aveugle et funeste empirisme dont le domaine est si étendu aujourd'hui, et qui règne en souverain absolu sur un homme dont la tête est vierge de toute espèce d'idées médicales.

Vous employez contre un phlegmon, par exemple, les évacuations sanguines, les cataplasmes émollients, la diète plus ou moins absolue; vous donnez issue à la collection purulente renfermée dans son épaisseur, les phénomènes morbides diminuent; mais il arrive un

temps d'arrêt, et la maladie, qui a d'ailleurs singulièrement décliné, reste à l'état stationnaire depuis dix ou quinze jours. Vous continuez en vain l'usage des évacuations sanguines et des cataplasmes émollients. La chaleur est presque normale, la douleur est nulle ou extrêmement légère, la rougeur n'est pas vive; il existe fort souvent un peu d'œdème; les tissus sur lesquels la maladie siége sont hypertrophiés; quelquefois même cette hypertrophie s'accroît; le pus coule très-abondamment. S'agit-il ici d'une inflammation ou bien d'une injection sanguine passive? Je réponds par l'affirmative à la seconde de ces questions, et je prouve que mon opinion est basée sur des faits : en voici quelques-uns. Il nous serait facile d'en citer un très-grand nombre.

Un malade de la salle Saint-Antoine avait été soumis à la résection du premier métatarsien : une inflammation violente survient; nous mettons en usage la diète, les boissons et les cataplasmes émollients : nous obtenons en quelques jours un amendement très-marqué; mais bientôt il s'arrête dans sa marche, et, pour nous servir du langage généralement admis, la phlegmasie passe à l'état chronique : nous continuons les émollients; l'abondance du pus augmente; la douleur est nulle, quand le malade garde le repos absolu; il n'existe pas d'augmentation de chaleur; on observe un œdème léger; ici la rougeur est un peu foncée, là elle est claire; cet état persiste pendant douze jours : je prescris un

pansement fait avec une compresse fenêtrée enduite de cérat et de la charpie : le lendemain la quantité du pus a diminué au moins de moitié; la rougeur a presque entièrement disparu; l'œdème est presque dissipé.

Le second jour, l'amendement est encore beaucoup plus marqué.

Le troisième jour, la plaie et le membre sont à l'état normal.

Le pied d'un malade couché dans la salle Saint-Louis, avait été violemment contus; il offrait sur sa face dorsale et sur son côté interne de larges et profondes solutions de continuité; une fracture siégeait sur l'un des métatarsiens : je mis en usage le traitement antiphlogistique que je viens d'indiquer; la maladie s'amenda et présenta l'état suivant : suppuration très-abondante, œdème, un peu de douleur, rougeur claire, caloricité légèrement augmentée, hypertrophie du membre; elle augmentait : continuation des cataplasmes émollients.

Cet état durait depuis quinze jours, lorsque je mis en usage le pansement simple, indiqué dans l'observation précédente; le lendemain, cessation de la douleur; sécrétion purulente moindre; rougeur et œdème diminués.

Les troisième et quatrième jour, l'amélioration est plus prononcée; le membre est presque revenu à son volume ordinaire : la plaie est simple; elle marche franchement vers la guérison.

Au nº 5 de la salle Saint-Antoine est couché, en ce moment, un homme qui s'est coupé la gorge avec un rasoir; un phlegmon s'est développé profondément sur la jambe gauche; ce malade étant faible, nous n'avons pas pu recourir aux évacuations sanguines; nous avons appliqué des cataplasmes émollients : deux collections purulentes se sont formées isolément, entre les muscles superficiels et profonds du membre; nous en avons fait l'ouverture : une contre-ouverture a été même immédiatement pratiquée; nous avons continué l'usage des cataplasmes émollients; le membre a été placé dans une position convenable, pour faciliter l'écoulement du pus. La maladie s'est beaucoup amendée, mais depuis quinze jours elle reste stationnaire : continuation des cataplasmes émollients : on observe d'ailleurs les phénomènes suivants : douleur légère lorsque le membre est au repos; beaucoup de matière purulente; œdème très-prononcé; caloricité un peu augmentée. On a cessé le cataplasme; on a fait un pansement simple : le lendemain la suppuration a diminué.

Le troisième jour, l'œdème et l'augmentation de caloricité sont moindres.

Le cinquième jour, le membre a presque recouvré son volume ordinaire; le pus est en beaucoup moindre quantité.

Il est des sujets sur lesquels le pansement simple ne suffit pas entièrement pour ramener les tissus et la plaie aux conditions convenables que nous venons d'indiquer;

il s'est déjà écoulé six ou huit jours depuis qu'on a fait abstraction du cataplasme émollient et qu'on a eu recours à la compresse fenêtrée enduite de cérat et à la charpie; l'état morbide est amélioré, mais l'amendement marche lentement : mettez en usage les résolutifs légers, l'eau de sureau par exemple, l'eau végéto-minérale mitigée, vous obtenez en général de grands succès : ici les propriétés vitales ont été extraordinairement exaltées par la phlegmasie; à cette exaltation a succédé une baisse proportionnelle dans la vitalité des tissus; il faut donc alors les exciter un peu pour détruire l'atonie dont ils sont frappés.

Lorsque vous cessez le cataplasme, les conditions que nous avons énoncées existant, n'ayez pas recours sur-le-champ aux résolutifs, quelque légers qu'ils soient; tous les praticiens savent qu'ils peuvent alors reproduire l'inflammation; faites au contraire le pansement simple, souvent il suffira; s'il ne remplit pas entièrement l'indication, employez, comme nous l'avons dit, l'eau de sureau ou quelque autre liquide légèrement excitant, et même une faible compression faite avec l'agaric et un bandage convenable.

J'ai beaucoup insisté sur les données que je viens d'établir, parce que j'ai vu trop souvent autrefois, et l'on voit encore aujourd'hui dans un grand nombre de nos hôpitaux, la suppuration devenir interminable, les malades s'affaiblir sous son influence, et courir des dangers; j'ai vu l'œdème augmenter et produire l'indura-

tion; j'ai vu les membres et surtout les articulations s'hypertrophier; j'ai vu les solutions de continuité rebelles se cicatriser très-difficilement.

Mais nos idées ne sont-elles pas susceptibles de quelque extension? Ne s'appliquent-elles pas aux phlegmasies des viscères, que l'on pourrait traiter trop longtemps par le régime débilitant et par les évacuations sanguines? Qu'on y prenne garde, surtout dans les inflammations gastro-intestinales anciennes!

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES HERNIES.

Quelques chirurgiens rejettent presque toujours le taxis pour la réduction des hernies compliquées d'étranglement inflammatoire; Boyer dit que dans le doute où l'on est de voir réussir les moyens ordinaires de réduction, il vaudrait peut-être mieux, sans y avoir préalablement recours, pratiquer le débridement aussitôt que l'étranglement inflammatoire se manifeste, dût-on opérer, dans certains cas où à la rigueur, il eût été possible de réduire. Ce principe a fait mal-

heureusement de grands progrès; car nous sommes à une époque où des chirurgiens osent même se vanter de leur velléité de couper; je les félicite du bonheur qu'ils éprouvent à plonger le fer dans les chairs palpitantes de l'homme vivant, et à faire couler le sang humain. Voyez ce qui se passe dans les hôpitaux, vous acquerrez la conviction qu'après l'opération de la hernie la mortalité est effrayante. On objectera sans doute qu'elle est due au débridement pratiqué trop tard; cette objection est assez sérieuse; mais guérit-on un grand nombre de malades, lorsqu'on les opère sur-le-champ? Réduit-on un grand nombre de hernies sans accidents funestes? Il faudrait ici des statistiques, je le sais, et je sais aussi combien elles sont difficiles à faire. En voici une donnée par M. Malgaigne : « Mais afin d'établir » catégoriquement ses véritables chances (de l'opé- » ration), j'ai recueilli, pour un espace de cinq » années et quelques mois, de 1836 à 1841, toutes les » opérations de hernies pratiquées dans tous les hôpi- » taux de Paris par mes collègues et par moi-même, et » j'ai trouvé :

» Que sur cent quatre-vingt-trois opérations il y » avait eu cent quatorze morts.

» Puis, cherchant quelle était la proportion de la » mortalité chez les vieillards, chez qui Boyer est si » pressé d'opérer, j'ai trouvé que de cinquante à quatre- » vingts ans, quatre-vingt-dix-sept opérés avaient donné » soixante-dix morts, c'est-à-dire près des trois

» quarts. » (*Gazette des Hôpitaux*, samedi 2 octobre 1841.)

J'ai débridé des hernies très-récentes; j'en ai vu opérer un grand nombre, dont l'étranglement inflammatoire datait de quelques heures seulement; je me suis convaincu que l'opération était encore très-meurtrière : on connaît les revers signalés par Jean-Louis Petit, à l'occasion des hernies non étranglées qu'on opérait pour en obtenir la cure radicale : j'ai tenté et j'ai vu faire un grand nombre de fois le taxis, et j'ai observé qu'en général il réussissait, lorsque surtout il était pratiqué de bonne heure, et quand il était confié à des mains habiles : d'après ces idées, fondées pour moi sur l'expérience, on conçoit qu'il ne m'est pas permis de rejeter ce dernier moyen, abstraction faite de quelques cas que nous indiquerons.

On alléguera encore que les tentatives de réduction aggraveront la maladie, si elles ne réussissent pas : cette allégation n'a aucune valeur; car vous opérerez immédiatement après que vous aurez échoué, et vous aurez d'ailleurs couru les chances favorables, très-nombreuses, de la réduction.

On a avancé que le taxis exposait à la réduction d'un intestin offrant des taches gangréneuses, et donnant lieu à un épanchement de matières stercorales dans la capacité du péritoine; on a ajouté que l'intestin pouvait être rompu, déchiré dans le sac herniaire : d'abord les faits qu'on a cités sont très-peu nombreux; ensuite

nous sommes persuadé que si l'on avait bien saisi les indications, que si la réduction avait été sagement tentée, ces faits seraient encore plus rares. Nous admettons donc en principe que le taxis est la règle, et l'opération l'exception; c'est d'ailleurs l'opinion de deux hommes illustres, qui ont beaucoup vu et beaucoup fait, Desault et A. Cooper.

Il est des circonstances dans lesquelles, avons-nous dit, le taxis ne doit pas être tenté : aux symptômes de l'étranglement succède tout à coup un calme parfait; le malade et sa famille s'en félicitent; le chirurgien n'y voit qu'un arrêt de mort; déjà l'intestin est gangrené : si l'on avait l'imprudence d'essayer la réduction; si l'on était assez malheureux pour l'obtenir, les matières fécales s'épancheraient dans le péritoine, et le malade succomberait nécessairement.

N'omettons pas de faire remarquer qu'il est des cas, heureusement fort rares, dans lesquels les phénomènes morbides sont infiniment moins tranchés et ne le sont quelquefois pas du tout : un étranglement inflammatoire s'est montré depuis quatre ou cinq jours : il n'existe cependant aucun symptôme local ni général de gangrène; l'examen le plus attentif en fournit la conviction : on réduit la tumeur herniaire, et l'autopsie montre bientôt l'intestin gangrené et les matières stercorales épanchées dans le péritoine. Ce malheur m'est arrivé deux fois au commencement de ma pratique, époque à laquelle je n'avais pas encore indiqué, dans

mes leçons, que, passé le quatrième jour environ, on ne devait pas tenter le taxis, lors même que les symptômes généraux et locaux de la gangrène ne se seraient point encore montrés.

Un cas infiniment exceptionnel est le suivant; je l'ai observé une seule fois : une malade avait ressenti un craquement à l'aine en soulevant un fardeau; une petite tumeur en était résultée; soumise à la pression elle rentrait dans l'abdomen.

Le 12 mai 1839, cette femme éprouva une violente frayeur; elle fut prise immédiatement de vomissements et de dévoiement violent; elle entra le 14 à l'hôpital de la Pitié. Ces accidents avaient complétement cessé; elle présentait à l'aine gauche une tumeur dure, un peu douloureuse, du volume d'un petit œuf; elle avait bon appétit; les organes digestifs exécutaient parfaitement bien leurs fonctions; il n'existait aucun symptôme général ni local de gangrène; je fis appliquer des sangsues autour de la maladie; on la couvrit avec des cataplasmes émollients; elle diminua de volume; elle cessa d'être douloureuse.

Le 24, la tumeur augmenta de nouveau, de la douleur s'y développa : point de vomissements, point de nausées, point d'envie de vomir, point de tension, point de douleur dans l'abdomen : aucun symptôme local ni général de gangrène; la malade va à la selle comme à l'état normal : sangsues, cataplasmes, demie d'aliments : l'inflammation résiste; je prescris une nou-

velle évacuation sanguine locale; la subinflammation persiste.

Le 31, le canal intestinal continue à exercer normalement ses fonctions; je perçois une fluctuation obscure dans la tumeur (cataplasmes émollients).

Le 2 juin, augmentation de volume de la tumeur; elle s'élargit, la fluctuation est appréciable : aucun symptôme d'étranglement herniaire.

Le 4, une traînée bleuâtre s'étend du centre de la tumeur jusque près de l'épine antérieure et inférieure de l'os des iles du même côté; le toucher fait reconnaître de la crépitation; je pratique en divisant les tissus lentement et couche par couche une incision qui siége au moins à six centimètres (deux pouces) en dedans et au-dessus de l'épine du pubis; je pénètre dans un vaste foyer d'où sortent un liquide grisâtre, des flocons de tissu cellulaire frappé de mort et des gaz exhalant une odeur gangréneuse; la malade va à la selle et rend des matières moulées. Le lendemain elle mange des épinards, il en sort par la plaie. Je pratique une contre-ouverture : l'anus anormal est d'abord seulement traité par les soins de propreté : les évacuations alvines deviennent plus rares et moins abondantes.

Afin de suivre la pratique généralement admise, j'établis une compression légère. On sait que Dupuytren conseille d'attendre, pour appliquer son entérotome :

1° Parce que l'anus artificiel peut guérir spontanément, ou bien sous l'influence de la compression;

2° parce que l'application prématurée de cet ingénieux et utile instrument exposerait à rompre des adhérences encore trop récentes et à faire passer à l'état aigu la subinflammation qui n'est pas encore éteinte et qui pourrait envahir le péritoine. Un professeur de la Faculté de médecine de Paris, M. Velpeau, a transgressé ces sages préceptes dans une circonstance que nous allons rapporter, d'après un journal de médecine. Il a opéré une hernie intestinale gangrenée; en pratiquant l'excision des parties mortifiées, il a immédiatement établi un anus artificiel. Jusque-là tout est bien; mais seize jours après, il a mis en usage l'entérotome: de graves accidents sont survenus et ont occasionné la mort du sujet. A la vue d'une pareille calamité M. Velpeau s'écrie : « L'opération de l'anus contre-nature, » par la méthode Dupuytren, n'est pas aussi sûre qu'on » le croit généralement. » (*Gazette des hôpitaux*, t. X, année 1836, page 506). M. Velpeau a raison : quand on emploie l'entérotome trop tôt, la méthode de Dupuytren devient désastreuse. Revenons à notre observation.

La quantité des matières stercorales est moindre; elle diminue de jour en jour; la fistule se rétrécit; les selles sont plus fréquentes et plus abondantes.

Le 31, la malade sort parfaitement guérie de l'hôpital. Rappelons que nous avons obtenu, par les mêmes moyens, le même succès, sur une femme, que mon ami Pinel-Grandchamp avait opérée en ville, d'une hernie

gangrenée. La malade fut apportée à l'hôpital de la Pitié après l'opération.

Il existe en ce moment, dans ma division, une femme qui portait un anus anormal résultant d'une hernie crurale frappée de gangrène : sous l'influence des soins de propreté, la fistule stercorale est entièrement guérie.

Mais disons encore quelques mots, sur notre première malade entrée à l'hôpital de la Pitié le 14 mai 1839; a-t-elle été affectée d'un étranglement herniaire? Les vomissements compliqués d'un dévoiement violent rendent la chose au moins douteuse; pourrait-on admettre qu'une très-petite étendue de la circonférence de l'intestin a été pincée et s'est gangrenée, sans donner lieu aux symptômes ordinaires? Existait-il sur un point de la portion du canal intestinal contenu dans le sac herniaire une ulcération qui l'a perforé, comme on l'observe quelquefois, quand le viscère n'est pas déplacé? Je reste dans un doute philosophique.

Lorsque la hernie offre un pédicule extrêmement mince, que le collet du sac est très-étroit, que la tumeur est fort dure et qu'une violente inflammation sévit sur les parties étranglées, je crois qu'on ne doit pas tenter le taxis; non-seulement il serait inutile, mais encore il offrirait beaucoup de danger. L'expérience a sanctionné le principe que je viens d'établir.

Avant de tenter la réduction d'une hernie, il est important de connaître la direction de son pédicule; car c'est en concentrant les efforts du taxis dans cette

direction, qu'ils seront plus facilement couronnés de succès. On sait que la hernie inguinale peut être oblique ou directe, que la crurale peut se produire au-dessus du ligament de Fallope, à travers le ligament de Guimbernat et en dehors du canal crural. On soulève la tumeur, on exerce des tractions sur elle, on l'incline à droite et à gauche : si alors la vue ne suffit pas, le toucher fait ordinairement bien apprécier la disposition qu'on cherche; on saisit et l'on comprime le pédicule de la hernie avec les trois premiers doigts, placés à ras la paroi de l'abdomen; le malade tousse-t-il ou fait-il des efforts comme s'il se livrait à la défécation, on sent la direction de l'impulsion qui part de la cavité du bas-ventre.

Parmi les moyens qu'on met en usage pour faciliter la réduction des hernies, surtout quand l'étranglement est inflammatoire, les sangsues tiennent le premier rang : on a la mauvaise habitude de les appliquer sur la tumeur elle-même; cette pratique a beaucoup d'inconvénients : la peau qui est le siége d'un grand nombre de petites plaies devient plus sensible; le taxis est plus douloureux; le malade est plus indocile; le sang coule: Les doigts et les téguments en sont imprégnés; de là infiniment moins de facilité dans la manœuvre: si déjà les morsures des annélides ne fournissent pas de liquide, les efforts de réduction en font immédiatement sortir, et les mêmes difficultés se reproduisent; il n'en faut pas davantage pour qu'un taxis qui aurait pu réussir échoue complétement.

L'application des sangsues sur la tumeur y produit des ecchymoses souvent assez profondes : si l'on est obligé d'opérer la hernie, la couleur des tissus est masquée; il n'est pas facile de les distinguer, et les difficultés de l'opération sont augmentées. Il est indispensable de placer ces vers aquatiques autour de la maladie : l'expérience a démontré que posés sur ce point ils offraient autant d'avantages que s'ils étaient mis ailleurs.

On conseille pendant l'opération du taxis de mettre les parois antérieures et latérales de l'abdomen dans le relâchement; je ne partage pas cette opinion : les inconvénients attachés à la position qu'on donne au malade, sont à mon avis les suivants :

1° Quand la paroi de l'abdomen est relâchée, elle s'applique sur les viscères renfermés dans cette cavité; la capacité du bas-ventre est évidemment beaucoup diminuée; or les parties déplacées y rentrent moins aisément.

2° Si la paroi de l'abdomen est relâchée, elle cédera aux efforts de réduction, elle glissera sous eux; le taxis pourra échouer.

3° Le relâchement de la paroi abdominale évite la formation d'une hernie; la tension de cette paroi concourt à la produire; personne je l'espère ne contestera ces faits.

Je propose de mettre la paroi de l'abdomen dans une tension modérée; car, d'après ce que je viens de dire, nous faciliterons ainsi la réduction de la hernie.

Une comparaison fera peut-être mieux saisir mes idées : essayez de franchir avec le poing une ouverture pratiquée sur une toile non tendue ; cette toile cédera et se laissera difficilement traverser ; tendez-la au contraire même légèrement, il sera facile de passer à travers la solution de continuité qu'elle présente.

Mais, on objectera que la tension des parois abdominales en rétrécit les anneaux ; je répondrai : 1° que je conseille une tension incomplète ; 2° que l'objection n'est pas applicable au canal crural ; 3° qne les fibres musculaires qui entourent le canal inguinal ne sont pas disposées aussi avantageusement qu'on le pense, pour produire le resserrement dont nous nous occupons ; 4° que si, chez un individu maigre, la hernie inguinale est réduite, que si le canal est très-large, que si on enfonce les tissus qui recouvrent son orifice inférieur avec le doigt qui y pénètre aussi, on sent que ce doigt n'est pas plus comprimé par la tension que par le relâchement de la paroi abdominale.

Pour pratiquer le taxis, on embrasse toute l'étendue de la tumeur avec une main : ne suffit-elle pas, on lui associe l'autre. Les doigts sont juxtaposés afin que des portions de la hernie ne s'engagent pas entre eux. Il faut, suivant la comparaison ingénieuse de J. L. Petit, que la main simule une espèce de kyste à parois musculaires, dont la contraction des fibres serait partout uniforme ; ainsi l'on comprime lentement et graduellement, et l'on chasse souvent les gaz et les matières

stercorales qui, en augmentant le volume des parties, s'opposeraient à leur réduction. Cette seule manœuvre suffit souvent aussi pour réduire l'intestin lui-même et l'épiploon; mais elle doit être longtemps continuée pour qu'elle réussisse dans les cas difficiles : nous nous expliquerons bientôt sur ce point important.

D'autres fois, on embrasse la hernie à raz la paroi de l'abdomen, à l'aide des trois premiers doigts; avec l'autre main on refoule sur l'anneau les parties étranglées; à mesure qu'on en a réduit une certaine quantité, on la retient, avec le pouce et les doigts indicateur et médius, pendant qu'on en va saisir une nouvelle pour la réduire de la même manière; la manœuvre est ainsi continuée et peu à peu, la totalité de la tumeur disparaît.

Quelle direction doit-on donner aux efforts du taxis dans la hernie inguinale externe? Celle d'une ligne qui partant du centre de l'orifice inférieur du canal, irait passer à trois centimètres quinze millimètres (un pouce et demi) en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles du même côté. On voit que nous avons encore recours ici à ce mauvais *système linéaire qu'on appelle, en certain lieu, échafaudage de lignes, et auquel on préfère les* OBLIQUERIES *de haut en bas, de dehors en dedans, d'arrière en avant et de gauche à droite.* Jusqu'où doit-on porter les tentatives de réduction d'une hernie? Lorsque l'abdomen est tendu et douloureux, que la tumeur offre beaucoup de

sensibilité et assez de consistance, que le pouls est petit et concentré, on essaye une seule fois de réduire, et encore le taxis est de peu de durée. Si l'étranglement inflammatoire est récent, si, lors même qu'il serait un peu ancien, il n'existe ni douleur, ni tension dans le bas-ventre, si la phlegmasie de la hernie est légère, le taxis peut être répété plusieurs fois; on l'a vu réussir dans le bain; on emploie encore les lavements émollients, les cataplasmes et les fomentations de même nature : nous avons déjà indiqué les évacuations sanguines locales. On conseille des lavements de tabac, et l'émétique à dose vomitive : quels que soient les éloges que l'on ait donnés à ces deux derniers moyens, je crois qu'ils sont dangereux; je n'oserais pas les mettre en usage. A. Cooper pense qu'il faut prolonger les efforts de réduction; il dit : « *La compression doit être maintenue depuis un quart d'heure jusqu'à une demi-heure, il ne faut pas y renoncer trop précipitamment.* » J'ai souvent avec succès manœuvré pendant une heure pour réduire des hernies, et jusqu'aujourd'hui, je n'ai vu survenir aucun accident. La nature veut-elle faire franchir l'orifice inférieur du vagin, par la tête du fœtus, elle emploie des efforts et du temps; le chirurgien suit les mêmes principes pour vaincre certains rétrécissements de l'urètre.

Mais une hernie a été réduite, ou bien on vient de l'opérer; doit-on mettre les purgatifs en usage? Il faut saisir les indications : si le canal intestinal est en-

flammé, ces médicaments doivent être rejetés; les médecins cliniques ne purgent pas dans les entérites aiguës; on insiste alors sur les moyens antiphlogistiques. La formule de M. Serres d'Uzès, pour l'onguent mercuriel double ne sera pas négligée : elle consiste à employer, en quarante huit heures, un kilogramme (deux livres) de ce médicament, qui n'est ni trop dur, ni trop mou; on en *étend* une couche de deux lignes d'épaisseur sur les parois antérieure et latérales de l'abdomen; deux heures après, on en met une seconde couche sans enlever la première, et ainsi de suite, jusqu'à la consommation de la dose indiquée. M. Serres pense que, si après deux jours de son emploi, ce moyen n'a pas enlevé la phlegmasie, il ne peut pas réussir : il croit qu'alors il faut en faire abstraction.

Une femme couchée dans notre service fut affectée, vingt heures après son accouchement, d'une métro-péritonite très-aiguë. L'interne de garde, appelé pendant la nuit, fit appliquer quarante sangsues; elles ne produisirent aucun effet avantageux : alors, à cause de la violence de l'épidémie qui régnait dans tous les hôpitaux de Paris, je prescrivis l'onguent mercuriel, à la dose d'un kilogramme (deux livres) par jour. Le lendemain et le surlendemain on continua le même moyen que l'on supprima le quatrième jour. Au commencement du sixième, la phlegmasie se manifesta de nouveau avec autant d'intensité qu'au début; on reprit encore, suivant la même formule, l'onguent napolitain que l'on

employa pendant cinq jours consécutifs. La malade guérit; elle n'eut pas de stomatite mercurielle; cependant, comme on vient de le voir, nous avons consommé, en huit jours, huit kilogrammes (seize livres) d'onguent mercuriel. Trois kilogrammes (six livres), pendant les trois premiers jours; cinq kilogrammes (dix livres), pendant les cinq derniers jours.

L'épidémie sévit, à la même époque, sur une autre malade qui avait été opérée d'un polype utérin; on eut recours à la même méthode; on employa, en sept jours, sept kilogrammes (quatorze livres) d'onguent napolitain; le résultat de ce traitement fut aussi heureux que chez la malade précédente. (V. *Bulletin thérapeutique*, août 1841).

D'après M. Serres, cette méthode n'occasionne pas la salivation dans le Midi; nous l'avons observée dans des cas fort rares, à Paris. Quand une phlegmasie est assez grave pour compromettre la vie du malade, quand surtout les évacuations sanguines ont échoué ou n'ont pas pu être employées, doit-on reculer devant la crainte d'un ptyalisme d'ailleurs incertain? Je ne le pense pas : cet accident serait peut-être même heureux; car lorsque, suivant le précepte donné par O'Birn, on emploie le calomel à haute dose uni à l'opium, pour produire la salivation, qui survient presque toujours, elle enlève comme par enchantement, pour ainsi dire, les phlegmasies même aiguës des articulations. Je laisse au médecin le soin de méditer ces faits.

Un accoucheur très-distingué de Paris, M. Moynier, a souvent mis en usage la formule de M. Serres d'Uzès contre la métro-péritonite; il en a obtenu les plus brillants succès. Il est à déplorer que ce puissant moyen ne soit pas même connu de quelques hommes prétentieux qui semblent ignorer que, dans l'art des accouchements comme ailleurs, l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie est toujours indispensable : leur pratique a été, même récemment, frappée par de nombreux revers.

J'ai montré à ma clinique de l'hôpital de la Pitié des succès éclatants obtenus, par la méthode de M. Serres, contre les phlegmasies aiguës, en quelque endroit qu'on les rencontrât.

Nous venons de dire que les purgatifs ne conviennent pas, lorsque le canal intestinal est enflammé; mais s'il n'existe pas de phlegmasie, si le malade ne va pas à la selle, si les matières stercorales sont retenues dans le canal intestinal, leur usage est très-avantageux : il faut alors nécessairement les administrer.

Quand une hernie est étranglée par engouement, les essais de réduction peuvent être pratiqués tant que l'inflammation aiguë ne s'est pas développée, ainsi que des symptômes de gangrène; alors, on suivra d'ailleurs les principes que nous avons indiqués. On trouve dans les auteurs des observations qui constatent que, dans des cas d'engouement léger on est parvenu à réduire fort tard.

Un homme couché à l'hôpital de la Pitié portait une hernie inguinale volumineuse; il vomissait de temps en temps; la tumeur était molle, indolente; il n'existait pas le moindre symptôme d'inflammation; le malade n'allait pas à la selle : je réduisis heureusement le quinzième jour. L'usage du taxis peut être d'ailleurs modifié par l'âge du sujet, par le développement de son système musculaire, par la différence des causes sous l'influence desquelles la maladie s'est produite, par son siége, par la nature des parties déplacées.

On a conseillé encore, pour combattre l'étranglement par engouement, d'appliquer sur la tumeur des topiques astringents. Bell mettait en usage le vinaigre et l'acétate de plomb; J.-L. Petit a vu réussir l'eau froide; Dehaen vante la fumée de tabac administrée par le rectum. On donne encore des lavements avec la décoction de cette plante; la dose du médicament est de quatre grammes (un gros). Peu usité en France, ce moyen a été préconisé par Heister, Pott, A. Cooper; il a l'inconvénient de déterminer quelquefois des symptômes d'empoisonnement.

Franco veut qu'on emploie les purgatifs; Celse les rejette si le malade va à la selle. Quand l'étranglement est léger, ce moyen convient; dans les circonstances contraires, il peut être désavantageux, augmenter singulièrement les accidents, et produire l'étranglement inflammatoire; je m'en suis convaincu.

L'application de la glace est infidèle; quand elle est longtemps continuée, elle expose à la gangrène de la peau : j'en ai cité une observation.

Après la réduction, Richter a observé l'oblitération et le rétrécissement de l'intestin. Lapeyronie et Leblanc citent des faits dans lesquels des brides épiploïques ont fait persister les vomissements. Beaucoup d'autres causes d'étranglement interne peuvent exister; je n'en parlerai pas ici : je dirai seulement que Lafaye et Ledran ont vu la continuation des accidents après la réduction en masse de la tumeur; dans ce dernier cas, on emploie tous les moyens propres à la faire ressortir, pour l'opérer. Je n'examinerai pas davantage cette question, que je traiterai dans la *Médecine opératoire.*

On a vu des cas dans lesquels l'étranglement siégeait à l'ouverture aponévrotique destinée au passage de la veine saphène interne, quand elle va s'anastomoser avec la crurale: il faut l'attaquer sur ce point, s'il est possible de l'y reconnaître ou si l'on y soupçonne son existence.

Lecat a observé un cas dans lequel la hernie, après avoir perforé la partie antérieure du sac et la région postérieure de la tunique vaginale, était étranglée par cette ouverture. J'ai vu un fait de ce genre, en suivant la pratique de Dupuytren; la hernie était plongée dans une hydrocèle : si l'on pouvait reconnaître ici le siége de l'étranglement, on y essayerait le taxis.

Souvent la hernie était seulement en partie réductible, avant de s'étrangler; il est très-important de bien constater ce fait, et de se défier d'ailleurs des réponses que font les malades aux questions qu'on leur adresse: sans ces précautions, on s'exposerait à faire des efforts inutiles, ou bien à laisser subsister une portion de la tumeur susceptible d'une réduction complète.

La hernie crurale, toutes choses égales d'ailleurs, est plus difficile à réduire que l'inguinale : cette difficulté tient au trajet plus compliqué parcouru par l'intestin.

Dans son principe, et quand elle est petite, on trouve la tumeur en bas et en dedans ; lorsqu'elle devient plus volumineuse, elle se porte en avant, en haut, et couvre une partie du ligament de Fallope; elle se dirige aussi en dehors le long de ce ligament. Elle trouve moins de résistance vers ces deux points.

Cette fâcheuse disposition a donné l'idée, pour réduire la hernie, d'exercer sur elle des pressions de haut en bas et de dehors en dedans, afin d'effacer, le plus possible, les courbures qui s'opposent à la réduction des viscères déplacés.

Le canal crural s'étend depuis la fossette péritonéale, où il prend son origine, jusqu'à l'ouverture aponévrotique qui donne passage à la veine saphène interne, quand elle va s'anastomoser avec la veine crurale. A moins que l'étranglement herniaire n'existe sur ce point, le praticien, lorsqu'il fait le taxis, ne prend, en général,

en considération, que la partie du conduit placée dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen.

On a avancé que le canal crural est parfaitement bien représenté par un Z; je ne vois la forme de cette lettre que dans l'esprit de ceux qui ont établi cette ridicule comparaison; je la rejette; elle est fausse.

Nous avons dit que les efforts de réduction réussissent d'autant mieux, qu'on les concentre sur le canal herniaire et qu'on les porte dans sa direction : pour suivre ces excellents préceptes, nous allons d'abord indiquer la règle à l'aide de laquelle nous reconnaîtrons le siége de l'extrémité inférieure de la portion du canal crural située dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen; nous indiquerons ensuite l'angle qu'elle forme avec l'axe du bassin.

1° Faites partir de l'épine du pubis, toujours facile à trouver, une ligne transversale de trois centimètres (un pouce) de longueur; son extrémité externe reposera sur le centre du canal crural : les variétés de largeur du bassin chez l'homme sont trop légères pour diminuer l'importance du précepte que nous établissons; il ne perdra rien encore de sa valeur, chez la femme, si vous ajoutez cinq millimètres environ (deux lignes) à la mesure que nous venons d'établir : la diminution de l'étendue du diamètre transversal du ligament de Gimbernat ne peut pas nous être objectée; ce serait, en vérité, une mauvaise plaisanterie. Le système linéaire que nous appliquons ici, n'est donc réellement en dé-

faut que dans les cas exceptionnels très-rares où la hernie se fait au-dessus du ligament de Fallope, à travers le ligament de Gimbernat ou en dehors du canal crural.

2° D'après les auteurs, la hernie crurale se fait, de dehors en dedans, en longeant le côté interne et antérieur des muscles psoas et iliaque réunis : voilà donc l'obliquité du canal indiquée; mais nous allons la préciser : ce canal suit la direction d'une ligne qui, partant du centre de son orifice inférieur dont nous avons indiqué le siége, va passer à trois centimètres cinq millimètres (un pouce et demi) en dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles du même côté.

Si le canal crural était élargi, sa dilatation devrait porter également sur ses côtés externe et interne, et le système linéaire n'aurait encore rien perdu de sa valeur.

Quelle position le chirurgien prendra-t-il, lorsqu'il voudra réduire une hernie crurale ou inguinale externe? Les préceptes de l'art lui commandent de se placer en dehors et au-dessous du bassin.

Je propose à l'opérateur de se placer au-dessus du bassin et à son côté externe : ainsi, on attire la hernie vers soi, et il devient infiniment plus facile d'exécuter la manœuvre suivant l'axe des conduits herniaires; l'on a plus d'adresse et de force qu'en poussant devant soi : faisons remarquer que quelquefois cependant la

première de ces positions, prise par le chirurgien, réussit mieux que l'autre; il est donc important de les essayer toutes les deux, dans les cas difficiles.

SI LES FISTULES

PEUVENT PRODUIRE LES INDURATIONS QUI LES ENTOURENT,

SOUVENT LES INDURATIONS

PEUVENT AUSSI ENTRETENIR LES FISTULES.

Traitez-vous un ulcère de la jambe, compliqué de callosités, il est difficile d'en obtenir la guérison, avant d'avoir ramené à l'état normal les tissus indurés; combattez-vous une fistule accompagnée d'engorgements, la cure est encore plus difficile.

Un malade, couché au n° 3 de la salle Saint-Antoine, portait, sur la cuisse gauche indurée et presque doublée de volume, un très-grand nombre de fistules profondes : elles avaient résisté aux moyens ordinaires; on avait même proposé à cet homme de lui pratiquer l'amputation de la cuisse, dans l'articulation

coxo-fémorale ; je traitai l'engorgement seul : l'élément inflammatoire y existait ; j'employai les cataplasmes émollients et les évacuations sanguines locales ; quand l'inflammation fut dissipée, je mis en usage la pommade d'iodure de plomb : déjà plusieurs fistules étaient guéries, lorsque la compression, qui avait d'abord échoué, vint faire justice du reste des indurations et des trajets fistuleux qui existaient encore ; trois mois suffirent pour la guérison complète de ce malade.

Une femme de la salle Saint-Augustin était affectée de trois fistules siégeant dans le creux de l'aisselle ; la plus profonde pénétrait sous le muscle grand pectoral : ces trajets fistuleux, entourés d'un engorgement volumineux, avaient résisté au traitement qu'on leur oppose ordinairement : une subinflammation, caractérisée par un peu de douleur et une légère augmentation de caloricité, existait ; je mis en usage les cataplasmes émollients, le repos absolu du bras, du côté de la maladie ; dans l'espace de vingt-cinq jours, je fis appliquer trois fois quinze sangsues ; on voit qu'ainsi je pus répéter l'usage de ces vers aquatiques à des intervalles assez éloignés, pour ne pas trop affaiblir la malade ; je diminuai l'alimentation ordinaire d'un quart, afin de la faire vivre un peu de sa propre substance et de favoriser l'absorption. Le trentième jour, l'élément inflammatoire avait disparu, la caloricité était redevenue normale, la douleur avait cessé ; les indurations, diminuées de volume, offraient moins de consistance ;

la suppuration était moindre. Je laissai s'écouler cinq jours, pour donner à l'état non inflammatoire le temps de bien s'établir, et pour ne pas m'exposer à voir la phlegmasie se reproduire, en employant trop tôt les excitants; je mis alors en usage les frictions faites avec la pommade d'iodure de plomb; j'insistai encore sur l'emploi de l'iodure de potassium uni à l'iode, que j'avais administré à l'intérieur, dès le début du traitement.

Le quarantième jour, j'avais obtenu la cicatrisation de deux fistules; l'engorgement était presque nul : mêmes moyens auxquels j'associai la compression établie à l'aide de l'agaric et de circulaires de bande : je n'ai pas besoin de dire que j'évitais de comprimer sur l'orifice du trajet fistuleux.

Le cinquantième jour, la fistule avait disparu; il n'existait pas la moindre trace d'induration. La maladie datait de trois mois.

Un homme couché dans la salle Saint-Antoine était affecté d'une fistule qui siégeait profondément dans l'espace poplité; elle était environnée d'un engorgement léger; elle avait été produite par un abcès. On n'y observait aucun symptôme de subinflammation: les injections irritantes et la compression, longtemps employées, avaient complétement échoué. Je mis en usage, à l'intérieur, chez ce malade, qui n'était pas scrofuleux, l'iodure de potassium associé à l'iode; je fis pratiquer des frictions, d'abord avec la pommade

d'hydriodate de potasse, et plus tard, avec celle d'hydriodate d'ammoniaque.

Le dix-huitième jour, les indurations étaient presque nulles; je fis établir la compression, et je continuai d'ailleurs les autres moyens déjà indiqués. Guérison le trente-cinquième jour.

Il nous serait facile de citer un plus grand nombre de faits, à l'appui des idées thérapeutiques que nous venons de soumettre au lecteur. Il n'est pas besoin de faire observer que si le trajet fistuleux persiste, quand les indurations ont disparu, il faut alors spécialement s'en occuper; il est évident que la cure doit en être bien plus facilement obtenue. Exposons d'ailleurs ici quelques autres préceptes relatifs au traitement des fistules, et insistons surtout sur la manière dont on doit manier les médicaments, car c'est là le point important et presque toujours entièrement négligé par beaucoup de chirurgiens, auxquels il semble que la thérapeutique doit rouler sur le pivot de l'aveugle empirisme.

Nous venons de le dire, les callosités qui entourent une fistule ont disparu, cependant elle ne guérit pas; il est d'ailleurs des trajets fistuleux dont les indurations ne cèdent point, car les meilleures méthodes échouent, dans certaines circonstances : alors on a recours aux injections faites avec des liquides irritants.

Ces liquides sont capables de produire des inflammations; il ne serait donc pas prudent de les porter

très-près d'organes qu'ils pourraient enflammer, et dont la phlegmasie serait dangereuse.

Nous donnons, en général, la préférence au chlorure d'oxyde de sodium : il a presque toujours, plus que les autres moyens thérapeutiques, l'avantage de donner à l'inflammation le type propre à la sécrétion d'une matière plastique qui se convertit promptement en un tissu susceptible de constituer promptement de très-bonnes cicatrices.

Ces chlorures peuvent réveiller la sensibilité organique sur des parties de peau dénudées de leur tissu cellulaire, et les faire cicatriser avec les tissus sous-jacents : ainsi on évitera, nous allons le prouver par des faits, des déperditions de téguments qui, pratiquées sur des parties habituellement découvertes, produiraient des cicatrices fort désagréables.

Employé contre les fistules, le chlorure à trois degrés (berthollimètre de Decroizilles) diminue quelquefois immédiatement la suppuration; quelquefois aussi il la supprime presque sur-le-champ : alors le succès est, pour ainsi dire, certain. On en continue l'usage avec la précaution d'en graduer un peu l'énergie; d'autres fois le topique ne détermine aucun changement; on l'emploie à des degrés plus élevés. Si, au contraire, il augmente ou produit une inflammation peu développée, on le continue. Lorsque les injections occasionnent une phlegmasie intense, il faut les suspendre, avoir recours aux cataplasmes émollients, et

quelquefois même à des évacuations sanguines locales. A mesure que les accidents inflammatoires baissent, on met en usage la compression; alors le bandage expulsif réussit souvent.

En faisant séjourner le chlorure d'oxyde de sodium dans la fistule, on parviendra mieux à l'exciter fortement, lorsque la sensibilité de l'organisation muqueuse accidentelle l'exigera. Nous avons vu, dans quelques circonstances, l'excitation produite par le chlorure, fondre les callosités qui environnaient les trajets fistuleux; toutefois nous conseillons, avant d'employer ce topique, de combattre les indurations par les moyens appropriés; on n'oubliera pas l'usage des scarifications pratiquées, d'après les principes établis au chapitre de cet ouvrage ayant pour titre : *Des solutions de continuité pratiquées sur des tissus lardacés*, etc.

Quand les injections ont été faites pendant dix ou quinze jours et qu'elles n'ont pas cicatrisé le trajet fistuleux, lorsque d'ailleurs elles ont déterminé une inflammation ordinaire, on doit les cesser; la continuation de leur usage pourrait s'opposer à la cicatrisation de la fistule; on les remplace par la compression, qui alors réussit très-souvent.

Une fistule profonde offre un trajet fort long; on a pratiqué, sans succès, un grand nombre d'injections irritantes ou excitantes formulées selon les préceptes de l'art; elle ne guérit point, on n'ose pas l'inciser, dans la crainte de produire une trop vaste plaie.

Le malade la conserve : elle est dégoûtante par la malpropreté qu'elle occasionne; elle peut gêner les mouvements, s'aggraver et produire même plus tard des accidents funestes : savez-vous pourquoi le chlorure et les autres moyens de ce genre ont pu échouer ? C'est parce qu'ils n'ont pas été employés assez longtemps et à un assez grand nombre de reprises. Nous avons montré, à la clinique de l'hôpital de la Pitié, des malades, chez lesquels, dans des cas graves, nous avons fait succéder, suivant les indications établies plus haut, la compression aux injections, six, huit et même dix fois, pour obtenir la guérison, qui s'est fait attendre plusieurs mois. En général, dans le traitement des maladies chroniques, on pèche par défaut de ténacité, dans l'emploi des moyens thérapeutiques : voilà la cause la plus fréquente peut-être des revers qu'on éprouve. Je rencontre souvent des malades, chez lesquels, dans l'espace d'un mois ou six semaines, on a tout employé en vain : il semblerait qu'il ne reste rien à faire; mais le médecin clinique sait que vingt jours au moins peuvent être indispensables, pour juger l'emploi de chacun des moyens mis en usage : il recommence leur application, en opposant même de l'opiniâtreté à la résistance offerte par la maladie, et dans un grand nombre de cas il obtient de brillants succès. Un homme affecté d'amaurose presque complète fut traité, à l'hôpital de la Pitié, par la méthode de M. Gondret : au bout de trois mois, aucun amendement ne s'était encore fait ob-

server, lorsque, tout à coup, ce malade commença à mieux percevoir la lumière, et peu à peu il parvint à exercer son état; il est tailleur d'habits. Il est revenu plusieurs années après sa sortie de l'hôpital nous demander des soins pour une affection dartreuse siégeant à la tête; la guérison s'était soutenue.

Nous pourrions citer un grand nombre de faits en faveur de l'usage des chlorures, contre les fistules; nous nous arrêtons aux quatre observations qui suivent :

Sauquet (Jean), âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié le 9 janvier 1826. Il était affecté, depuis un mois et demi, d'une fistule résultant de l'ouverture d'un abcès qui avait siégé aux lombes. On observait un trajet fistuleux de la longueur de neuf centimètres environ (trois pouces); la peau amincie était brunâtre, moins chaude qu'à l'état normal; on constatait des indurations légères sur les bords de l'orifice externe de la solution de continuité. Je prescrivis des injections de chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés; je les fis séjourner dans le trajet fistuleux; on les renouvela trois fois par jour; de la charpie imbibée du même topique fut appliquée sur l'orifice de la fistule.

Le 11, l'abondante suppuration avait diminué de moitié; quelques légères douleurs s'étaient fait ressentir. Mêmes moyens.

Le 12, le mieux se soutient; on établit la compression sur le fond du trajet fistuleux.

Le 14, la maladie est stationnaire. Je mets en usage les injections de chlorure à six degrés. Le 21, le malade était parfaitement guéri.

Cauvait (Michel), âgé de quarante-quatre ans, d'une faible constitution, entra à l'hôpital de la Pitié, pour y être traité d'un abcès siégeant au côté externe et supérieur de la jambe gauche : la maladie existait depuis deux mois : on avait, en ville, donné issue à la matière purulente; une contre-ouverture devint néanmoins nécessaire, près de la malléole externe, où le pus avait fusé; les bords des deux solutions de continuité étaient renversés; la peau du côté externe de la jambe était amincie; elle offrait une couleur bleuâtre dans presque toute son étendue. Je prescrivis les injections de chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés; mais, après deux jours de l'emploi de ce topique, on n'observait encore aucun changement. On mit en usage le chlorure à six degrés : le lendemain, 3 janvier 1826, le malade se plaignit de douleurs assez vives dans la jambe; la suppuration était augmentée : on suspendit les injections : cataplasmes émollients. Le 6, les accidents étaient diminués. Le 8, on reprit l'usage des injections de chlorure à trois degrés. Le 11, la suppuration était presque nulle. Le 15, on augmenta la force du chlorure; la suppuration cessa. Le 20, guérison. Le malade sortit de l'hôpital le 1er février.

Gaudin (Antoine), âgé de dix-sept ans, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié au

mois de mars 1826, pour y être traité d'une fistule qui, partant du côté externe et supérieur de la cuisse, allait se rendre, à douze centimètres (quatre pouces) plus haut, dans l'épaisseur des muscles fessiers. La maladie datait de deux ans; elle était la suite d'un abcès produit par une violence extérieure.

Je fis mettre en usage, deux fois par jour, les injections de chlorure d'oxyde de calcium à trois degrés: ce médicament ne produisit aucun amendement.

Le 16 mars, on injecta du chlorure à six degrés; de légères douleurs se firent éprouver; trois jours après la suppuration était diminuée de moitié; on continua le même moyen jusqu'au 26: à cette époque, le trajet fistuleux paraissait complétement cicatrisé. Le malade sortit, quelques jours après, parfaitement guéri.

Guigny (Marie), âgée de cinquante-deux ans, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié le 12 avril 1826. Elle était affectée, depuis plus de six mois, de plusieurs ulcères fistuleux; l'on en observait deux qui étaient plus étendus que les autres: le premier, situé au côté externe de la cuisse, à six centimètres (deux pouces) au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale, remontait dans l'étendue de douze centimètres (quatre pouces), et venait se terminer au côté antérieur et interne du membre: un vaste décollement existait dans cet endroit; la peau était amincie, violacée; l'orifice du second siégeait au côté interne de la jambe, un peu au-dessous des condyles du tibia; il allait se perdre

à quinze centimètres (cinq pouces) plus bas, au côté externe du mollet, qu'il traversait dans toute son épaisseur.

La malade avait été traitée infructueusement en ville pendant près de deux mois. Prescription : vingt-cinq sangsues sur le membre; cataplasmes émollients; le quart d'aliments; boisson gommeuse : abstraction faite de la saignée, les mêmes moyens furent employés jusqu'au commencement du mois de mai. A cette époque, la tuméfaction avait diminué; les douleurs n'existaient plus. On fit alors, deux fois par jour, des injections avec le chlorure d'oxyde de calcium à trois degrés : il survint quelques légères douleurs; mais dix jours suffirent ensuite pour tarir complétement la source du pus. La malade sortit de l'hôpital le 27 mai : elle était parfaitement guérie; depuis plusieurs jours la peau s'était cicatrisée avec les parties sous-jacentes. Ces quatre dernières observations ont été publiées dans la *Revue médicale*.

Ai-je besoin de dire que les injections, pratiquées dans les trajets fistuleux, sont ordinairement faites avec la décoction aqueuse ou vineuse de plantes aromatiques, à laquelle on ajoute un sel irritant, tel que le sulfate de zinc? On peut porter la dose de ce dernier médicament à quatre grammes (un gros), et même davantage, par trente grammes (une once) de liquide.

Si la fistule est récente, elle guérit souvent sous l'influence des injections émollientes : j'ai même vu réussir

ce moyen chez un malade sur lequel le trajet fistuleux datait de trois mois ; depuis plus de quinze jours, on n'employait pas les liquides irritants qui avaient échoué. Je ferai remarquer que la maladie offrait les circonstances ordinaires. Ce dernier fait démontre qu'on peut être heureux, en thérapeutique, en employant, dans les cas difficiles, des moyens d'ailleurs innocents et que l'indication ne semblait pas exiger.

La dissolution de nitrate d'argent cristallisé, cinq centigrammes (un grain) par trente grammes (une once) d'eau distillée, est un moyen très-avantageux, pour obtenir la cicatrisation des trajets fistuleux ; quand on emploie ce médicament, on suit les préceptes que nous avons tracés à l'occasion de l'usage du chlorure d'oxyde de sodium ; il en sera de même, lorsqu'on se servira du protonitrate acide liquide de mercure, qu'on a préconisé, dans ces derniers temps, à si juste titre.

J'avais opéré, dans la rue du Temple, un malade affecté d'une fistule lacrymale ; un trajet fistuleux, qui pénétrait dans l'orbite, à un demi-pouce de profondeur, avait résisté à la cautérisation faite à l'aide du nitrate d'argent fondu, aux injections de chlorure, à celles pratiquées avec une forte dissolution de nitrate d'argent cristallisé : je plongeai un stylet dans le protonitrate acide liquide d'hydrargyre ; je lui fis ensuite parcourir le trajet fistuleux; le malade éprouva une assez vive douleur. Le lendemain, le pus avait cessé de couler : quatre jours ont suffi pour obtenir la guérison radicale de la

maladie. On peut encore porter le protonitrate acide liquide de mercure, dans les fistules, en se servant d'un très-petit pinceau qu'on y enfonce : on y glisse quelquefois une mèche très-légèrement imbibée de ce médicament.

Si, comme nous l'avons dit, en touchant seulement un point d'un ulcère avec ce remède, on en modifie ordinairement toute l'étendue, il paraît certain qu'au moins, dans beaucoup de cas, il suffira, pour guérir les trajets fistuleux, de suivre le même principe. J'ai souvent obtenu des succès en procédant ainsi.

Le protonitrate acide liquide d'hydrargyre peut, ainsi que le chlorure d'oxyde de sodium, faire cicatriser, avec les parties sous-jacentes, la peau dédoublée de son tissu cellulaire; mais elle doit être touchée très-légèrement.

Le protonitrate acide liquide de mercure a quelquefois l'inconvénient de produire le ptyalisme; je l'ai vu gangrener les téguments dénudés de leur tissu cellulaire : quand on porte ce caustique profondément, il est très-difficile de mesurer la quantité qu'on en applique; souvent l'on en met trop et l'on voit survenir les accidents dont nous venons de parler.

Il est enfin des fistules qui résistent aux moyens thérapeutiques ordinaires; il faut les inciser, si elles ne sont pas trop profondes et trop longues, si elles ne siégent pas près d'un viscère qu'on pourrait enflammer, si elles sont susceptibles de produire des engorgements

et des abcès dangereux, et si, à la suite de ces accidents, les fonctions d'un organe ou les mouvements d'un membre devaient être compromis : nous nous en occuperons dans le Précis de Médecine opératoire que nous publierons bientôt, quoi qu'en dise la société admirable, sublime et transcendante d'admiration mutuelle.

LES PLAIES

PRATIQUÉES SUR DES TISSUS LARDACÉS NON SQUIRRHEUX

ET NON PARVENUS A L'ÉTAT PULTACÉ,

PEUVENT RAMENER CES TISSUS A L'ÉTAT NORMAL.

Des scarifications faites pour obtenir la résolution des indurations.

On a cru trop longtemps que les tissus indurés autour des fistules, des ulcères simples, des os cariés, etc., n'étaient pas susceptibles de revenir à leur état ordinaire, lorsqu'on les épargnait dans une opération. Beaucoup de chirurgiens pensaient encore qu'ils étaient

capables de dégénérer, de produire des suppurations interminables, et enfin d'empêcher la cicatrisation. De ces considérations était né un principe que j'ai professé moi-même pendant un grand nombre d'années : c'était d'opérer au delà des indurations. Il n'est pas besoin de rappeler que si la jambe, par exemple, était envahie dans une trop grande étendue par des callosités, au lieu de l'amputer on coupait la cuisse; ainsi l'ablation du membre siégeait plus près du centre de la circulation, et le malade était plus exposé à perdre la vie; il marchait d'ailleurs plus difficilement sur le moignon résultant de l'amputation de la cuisse.

J'avais lu, dans Ambroise Paré, que ce grand chirurgien employait avantageusement les scarifications, pour résoudre les indurations qui compliquaient les ulcères; je savais que, dans la même occurrence, les anciens *les tailladaient* pour les guérir, et réussissaient souvent; j'avais obtenu, contre les engorgements blancs simples, de grands succès, à l'hôpital de la Pitié, par les traitements méthodiques et sagement dirigés que j'exposerai dans le cours de cet ouvrage. Je pensai, en 1827, (voy. *Revue médicale*) que l'évacuation sanguine abondante qui se ferait pendant et après l'opération, que l'inflammation plus ou moins développée qui siégerait sur les petites plaies et autour d'elles, pourraient très-probablement faire disparaître l'état lardacé.

La prudence exigeait de commencer à opérer sur des surfaces peu étendues, et dans des cas où la perte des

lambeaux, si l'on était obligé plus tard de les sacrifier, n'eût pas de graves inconvénients : j'amputai d'abord la dernière phalange du doigt annulaire; je taillai un seul lambeau; l'induration blanche simple l'affectait dans toute son épaisseur. Ce premier essai ayant réussi au delà de nos espérances, l'ablation d'un doigt, d'un orteil, la résection d'un métatarsien, et enfin la soustraction d'une jambe dans le lieu d'élection, furent successivement pratiquées à l'hôpital de la Pitié. Toujours les tissus revinrent facilement, et même avec beaucoup de promptitude, à leur état normal.

A mesure que l'état lardacé des lambeaux diminue et disparaît, ils deviennent, on le conçoit aisément, plus minces et plus courts. Il est donc indispensable de les faire plus épais et plus longs que dans les circonstances ordinaires; ainsi, faites-vous l'amputation du doigt dans son articulation phalango-métacarpienne, les tissus destinés à recouvrir la surface dénudée auront environ un centimètre (un tiers de pouce) de plus d'étendue.

Le ramollissement des lambeaux, celui que présentent les tissus, quand ils repassent à l'état normal, commence sur la plaie, et s'étend graduellement jusqu'à leur face externe.

Mais il peut arriver qu'une inflammation violente se développe sur la solution de continuité; les tissus lardacés vivent faiblement : sous ce rapport, ils ressemblent beaucoup à ceux qui languissent, sous le poids

d'une infiltration sanguine ou séreuse : or, s'il est reconnu qu'une phlegmasie aiguë peut, en exaltant les propriétés vitales de ces derniers, éteindre ces propriétés et produire la gangrène, comme l'expérience l'a malheureusement prouvé, pourquoi les mêmes phénomènes ne se montreraient-ils pas, dans les mêmes circonstances, sur les parties molles frappées d'induration? C'est ce que j'ai observé : toute l'attention du chirurgien doit nécessairement porter alors sur les phénomènes inflammatoires, afin d'en diminuer l'acuité, de les ramener à un type peu élevé, condition avec laquelle on évitera l'accident formidable que nous venons de signaler. Les sangsues en grand nombre mises autour des lambeaux, les cataplasmes émollients fréquemment renouvelés, les tisanes émollientes, la diététique, sont les moyens qui, jusqu'à ce jour, nous ont constamment réussi. La phlébotomie révulsive serait avantageuse, si la sécrétion purulente n'avait pas commencé.

Tout est possible, en chirurgie, ainsi qu'en bien d'autres choses; n'a-t-on pas quelquefois vu les bords de la solution de continuité, pratiquée pour combattre l'anthrax bénin récent, se réunir le jour même ou le lendemain de l'incision, quand on a oublié de les maintenir séparés par quelques brins de charpie? Les tissus indurés peuvent être soumis à la même loi d'exception; nous en avons observé quelques cas extraordinairement rares; toutefois, on ne doit même guère l'espérer : si la réunion immédiate avait lieu, elle serait incomplète;

elle exposerait à l'inconvénient du séjour du pus; elle empêcherait d'exciter avantageusement la surface de la plaie par le contact des pièces d'appareil; nous pensons qu'il ne faut pas la tenter : nous plaçons, sur la surface dénudée, une compresse fenêtrée enduite de cérat; elle est recouverte par une couche légère de charpie, sur laquelle le lambeau est étendu; on l'y maintient à l'aide de bandelettes agglutinatives. Lorsqu'on n'a pas conservé des tissus destinés à recouvrir la surface dénudée, on fait un pansement simple.

Souvent cinq ou six jours suffisent, pour que les tissus indurés reviennent à l'état normal; d'autres fois, il faut qu'une quinzaine de jours environ se soit écoulée pour obtenir ce beau résultat; alors, aussitôt que la plaie est bien détergée, que les bourgeons charnus sont bien développés, on panse, quand il existe des lambeaux, en mettant en contact les surfaces dénudées avec elles-mêmes.

Prouvons maintenant par des faits que des tissus lardacés non squirrheux et non parvenus à l'état pultacé, peuvent revenir normaux, quand on les soumet à de longues et profondes incisions : nous en possédons un très-grand nombre, car ils se sont singulièrement multipliés, à la clinique de l'hôpital de la Pitié : toutefois nous n'en citerons que quelques-uns, pour ne pas abuser de l'attention du lecteur.

Bouchet (Jean), âgé de quinze ans, d'une constitu-

tion lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril 1826, pour une carie scrofuleuse du deuxième orteil du pied gauche. Les tissus voisins étaient durs, d'un rouge violet : une ulcération à fond grisâtre, à bords renversés, occupait toute l'étendue de la face palmaire de la phalangette : le malade éprouvait des douleurs violentes; la marche était impossible. Je prescrivis vingt sangsues, des cataplasmes émollients, des boissons gommées et deux potages.

Le 17, douleurs moindres; du reste, même état.

Le 18, quinze sangsues; même régime. La douleur disparaît, la tuméfaction du pied est diminuée; les parties molles qui recouvrent l'orteil restent dans le même état : on se décide à l'enlever.

Le 20, l'opération est pratiquée; les tissus indurés qui entourent l'article rendent la désarticulation assez difficile; ils sont d'une consistance presque cornée. Le pansement est fait comme nous l'avons dit plus haut.

Le lendemain, le malade souffre peu, il a dormi quelques heures pendant la nuit : il n'existe pas de fièvre : le premier appareil est levé avec facilité; les lambeaux présentent une tuméfaction ordinaire; la plaie est d'un blanc terne et grisâtre.

Le 22, le pied est douloureux; une tuméfaction considérable siége sur les lambeaux. On prescrit vingt sangsues et des cataplasmes émollients; même régime. On a soin de continuer l'usage de la compresse

fenêtrée, couverte par une légère couche de charpie, afin de maintenir les lambeaux écartés.

Le 23, diminution des symptômes inflammatoires : on met quinze sangsues.

Le 24, cessation de la douleur; les lambeaux, beaucoup moins tuméfiés, sont ramollis : on observe une suppuration séreuse assez abondante; l'aspect de la plaie est toujours le même.

Le 25, suppression du cataplasme, tisane de houblon.

Le 1er mai, la solution de continuité est presque entièrement détergée : les bourgeons charnus se développent, la suppuration est de meilleure nature; on imbibe les pièces d'appareil avec le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés. Les tissus indurés se ramollissent de plus en plus, diminuent d'épaisseur et se raccourcissent.

Le 6, les tissus qui entrent dans la composition des lambeaux sont revenus à l'état normal; on applique ces lambeaux sur la surface dénudée qu'ils sont destinés à recouvrir, et bientôt la plaie est entièrement fermée.

Une fistule subsiste néanmoins : des injections faites avec le chlorure d'oxyde de sodium à six degrés suffisent, pour la faire disparaître en quelques jours.

Aubertin, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de la Pitié le 22 mai 1826 : il portait une carie du cinquième métatarsien; l'extrémité antérieure de l'os était affectée dans l'étendue de

trois centimètres (un pouce); la maladie existait depuis plus de trois mois : les parties molles tuméfiées étaient excessivement dures.

La résection du cinquième métatarsien fut pratiquée le 27 : je mis en usage la méthode de Ledran père : même pansement que ci-dessus.

Le 28, levée du premier appareil; le malade a un peu souffert; le lambeau est tuméfié; la solution de continuité est d'un blanc grisâtre; cataplasmes émollients.

Le 29, Aubertin n'a éprouvé aucune douleur; la tuméfaction est moindre.

Le 30, l'inflammation est normale; la suppuration commence à s'établir.

Le 31, le malade a bien dormi; il a cependant éprouvé de petits élancements vers la solution de continuité, qui d'ailleurs est en bon état. Le lambeau est moins dur; la suppuration est abondante, mais séreuse.

Le 3 juin, le ramollissement des tissus est presque complet sur le lambeau et sur la face plantaire; mais les tissus de la région dorsale conservent à peu près la consistance qu'ils offraient lors de l'opération : on fait abstraction des cataplasmes; on a recours au pansement simple que nous avons indiqué.

Le 5, la suppuration est moins séreuse, la plaie se déterge, les bourgeons charnus se développent, les parties molles de la face dorsale du pied sont moins dures.

Le 7, on applique le lambeau immédiatement sur les points qu'il est destiné à couvrir; les tissus se ramollissent et se détuméfient.

Le 12, des bourgeons charnus trop développés sont cautérisés avec le nitrate d'argent fondu; l'induration a complétement disparu. A la fin de juin, le malade sort guéri; il peut se livrer à ses travaux accoutumés.

Cinq mois environ après sa guérison, Aubertin, ayant porté des chaussures qui causèrent plusieurs excoriations au pied, rentra à l'hôpital de la Pitié, dans l'état suivant : ce membre était tuméfié et très-dur, jusqu'au delà de l'articulation astragalo-scaphoïdienne : une fistule existait, elle pénétrait dans l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil, qu'elle dépassait d'ailleurs en arrière de sept centimètres cinq millimètres (deux pouces et demi) : les parties molles étaient d'une consistance presque cornée : la cicatrice résultant de la première opération demeurait intacte.

Le malade se plaignait de quelques douleurs dans le pied; deux applications de trente sangsues, des cataplasmes émollients et le repos les dissipèrent. Malgré la dureté des tissus qui devaient former les lambeaux, je pratiquai l'amputation du quatrième orteil dans son articulation avec le métatarse. L'extrémité de ce dernier pouvant être malade, tout fut préparé, comme si sa résection devait être faite. Il eût été facile en effet de prolonger les incisions en arrière et de mettre le métatarsien

à découvert, dans une étendue convenable. L'amputation de l'orteil fit voir que la carie se bornait à sa dernière phalange : le pansement fut le même que dans les deux cas précédents; peu à peu les tissus se ramollirent; ils revinrent à l'état normal, et, à la fin de décembre, Aubertin sortit de l'hôpital parfaitement guéri; les tissus étaient revenus entièrement à leur état ordinaire.

Hurauld (Jean), âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, vint à l'hôpital de la Pitié, le 28 mai 1826, pour une carie de l'extrémité inférieure de la phalangine du doigt indicateur gauche; elle existait depuis plusieurs mois. Le membre avait doublé de volume dans toute son étendue; les parties molles étaient dures et violacées; une ulcération existait contre l'articulation de la phalangine avec la phalangette : j'enlevai ces deux phalanges, le 2 juin; on fit toujours le même pansement.

Le 3, levée du premier appareil : la plaie est d'un blanc terne, grisâtre; le lambeau, très-tuméfié, offre un aspect livide, noirâtre; il est peu douloureux : cataplasmes émollients.

Le 4, même état. Le 5, la suppuration commence à s'établir; le lambeau se tuméfie encore, il est moins livide.

Le 7, les tissus constituant le lambeau sont légèrement ramollis; ceux qui recouvrent la phalange

conservent la même dureté et le même volume ; le pus est abondant, mal lié.

Le 12, le ramollissement des parties molles s'étend vers l'extrémité supérieure de la portion du doigt épargné par l'opération ; on applique le lambeau sur l'extrémité inférieure de la première phalange. Le mieux se soutient.

Le 19, les tissus sont presque revenus à leur consistance normale ; la cicatrisation de la plaie a lieu ; le malade est sorti guéri de l'hôpital, dans les premiers jours de juillet. Tous les tissus étaient revenus à leur volume et à leur consistance ordinaires.

Pinaut (Louis), âgé de soixante-neuf ans, était d'une bonne constitution : il portait un ulcère atonique occupant toute l'étendue du tiers inférieur de la jambe ; cette solution de continuité avait été guérie plusieurs fois, mais depuis quinze ans une inflammation chronique envahissait toute l'étendue du membre : les tissus étaient durs, violacés ; la suppuration affaiblissait singulièrement le malade ; il fallut recourir à l'amputation ; elle fut pratiquée sous mes yeux, dans le lieu d'élection, le 23 août 1826, par M. Édouard Margot, prosecteur de mes cours de médecine opératoire.

La peau avait beaucoup augmenté d'épaisseur ; sa rétraction fut nulle, à cause des adhérences très-intimes qu lle avait contractées ; le tissu cellulaire, devenu plus volumineux, était complétement lardacé : afin de pouvoir renverser la peau et d'en conserver, en la disséquant,

une étendue suffisante pour recouvrir la plaie, nous fîmes pratiquer, sur la face postérieure et externe du moignon, parallèlement à son axe, une incision de six centimètres (deux pouces) environ de longueur. Les muscles étaient pâles, l'état lardacé s'étendait au tissu cellulaire intermusculaire. La ligature des vaisseaux offrit d'assez grandes difficultés. Les chairs ne s'étaient pas plus rétractées que si l'on eût opéré sur le cadavre : pansement simple.

Le 24, le malade est bien, il a peu de fièvre; je lève le premier appareil : la solution de continuité offre encore ici un aspect d'un blanc grisâtre ; elle présente d'ailleurs d'assez belles conditions.

Le 25, le malade a un peu dormi : un léger érysipèle se montre sur le moignon; j'enlève les bandelettes agglutinatives : la plaie offre l'état de la veille, la langue est un peu rouge, l'épigastre légèrement douloureux : je fais appliquer vingt-cinq sangsues sur la région de l'estomac.

Le 26, l'érysipèle a presque entièrement disparu, les symptômes d'irritation gastrique sont dissipés : la suppuration est assez abondante, mais séreuse et mal liée.

Le 27, je réapplique les bandelettes agglutinatives; le ramollissement des tissus est très-marqué, la plaie commence à se déterger. Le 1er septembre, les ligatures tombent, la solution de continuité est presque partout rosée, les bourgeons charnus commencent à se développer.

Le 3 septembre, on observe sur la plaie quelques concrétions blanches, isolées, qui adhèrent fortement aux parties molles; ces concrétions sont enlevées avec une spatule : je mets en usage le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés.

Le 6, le ramollissement des tissus est très-avancé : la cicatrice marche, quoiqu'avec plus de lenteur que de coutume. Pinaut est parfaitement guéri à la fin de septembre. Les tissus qui étaient indurés ont repris entièrement leur consistance normale.

Scarifications. Nous avons dit que A. Paré employait les scarifications pour résoudre les indurations qui compliquaient les ulcères, et que ce grand chirurgien réussissait. Ce moyen a été abandonné; d'où vient cet abandon? Il est facile de l'expliquer : avant nous, aucune indication n'avait été posée, on agissait empiriquement, et l'on avait dû éprouver un grand nombre de revers; c'est ainsi que, même de nos jours, les meilleures méthodes thérapeutiques sont souvent comprises par les coupeurs de profession.

Si l'ulcère est variqueux, les scarifications seront rejetées; elles exposeraient à la formation d'ulcères nouveaux.

Les scarifications sont douloureuses; leur emploi doit être presque toujours répété plusieurs fois : on ne les mettra en usage que si les autres médications ont échoué.

Les scarifications sont excitantes : pour en obtenir de

bons effets, il faut savoir les manier comme tous les moyens de ce genre. On les pratique à une assez grande distance les unes des autres, pour que les cercles inflammatoires qui les entourent ne se réunissent pas. Cette réunion, quand il s'agit de l'œdème, peut avoir l'inconvénient de produire la gangrène; les tissus indurés sont soumis à la même loi; comme dans les parties œdémateuses, leurs propriétés vitales languissent, et l'on sait que si une phlegmasie aiguë les exalte, presque toujours elle les éteint; l'art peut venir alors au secours du malade et éviter ce grave accident.

J'ai vu des sujets chez lesquels les cercles inflammatoires ne se développaient pas autour des scarifications.

Assez souvent les scarifications augmentent d'abord le volume de l'engorgement sur lequel on les pratique; bientôt ensuite, ordinairement, elles le diminuent : cette diminution peut se faire observer sans augmentation préalable.

Nous venons de faire observer que les scarifications dépassent quelquefois le but qu'on se proposait d'atteindre, c'est-à-dire qu'elles excitent trop les tissus indurés, qu'elles y déterminent même une phlegmasie aiguë : on se hâte de la combattre, à l'aide des cataplasmes émollients et d'une ou plusieurs applications de sangsues faite autour de l'engorgement.

J'ai observé des indurations que les scarifications

n'excitaient jamais assez pour les résoudre ; on renonce alors à ce moyen.

Les scarifications sont pratiquées : on les couvre avec un linge fin.

A quelle époque doit-on répéter les scarifications? c'est lorsque l'amendement qu'elles produisent cesse de faire des progrès. On n'en fait pas d'ailleurs de nouvelles, avant la disparition de l'inflammation qu'elles ont pu déterminer.

Dans certaines circonstances, la première fois que les scarifications sont faites, elles n'obtiennent rien ; on est quelquefois plus heureux, quand on les répète au bout de quelques jours.

Elles suffisent souvent pour dissiper seules les indu rations ; si, après les avoir beaucoup amendées, elles finissent par ne produire ensuite aucun effet avantageux, parce que les tissus semblent s'être accoutumés à leur action, on les remplace par d'autres médications.

Les scarifications ramollissent avantageusement les tissus, mais elles n'en diminuent cependant pas le volume : employez alors la compression faite avec l'agaric et un bandage convenable, vous obtiendrez des résultats très-heureux. Quand la compression cesse de produire de l'amendement, elle est remplacée à son tour par les scarifications.

En suivant les indications que je viens d'établir, en mettant en usage les moyens que je viens d'indiquer,

les scarifications ne seront pas une arme dangereuse, mais bien un agent thérapeutique puissant, sanctionné par l'expérience. J'en ai donné des preuves multipliées à l'hôpital de la Pitié.

J'ai opéré, dans cet hôpital, deux malades dont les fistules à l'anus étaient entourées d'indurations : diminuées très-légèrement par l'incision résultant de l'opération, elles avaient résisté aux moyens ordinaires. J'eus recours aux scarifications pratiquées sur les tissus engorgés; ils revinrent promptement à l'état normal.

Une malade était affectée d'une induration siégeant sur toute l'étendue de l'avant-bras; les tissus étaient de la consistance du silex; le membre avait presque doublé de volume; l'épiderme, épaissi et noir dans quelques points, offrait des fissures multipliées : on eût dit une induration du tissu cellulaire des nouveau-nés, ou mieux encore, peut-être, des prodromes de l'éléphantiasis; il n'existait d'ailleurs aucun symptôme d'inflammation. Je mis en usage les scarifications; elles suffirent pour obtenir la guérison.

Un homme couché dans la salle Saint-Antoine portait la même affection; les scarifications et la compression furent alternativement employées. Cet homme était presque guéri, lorsque ses affaires le forcèrent de quitter l'hôpital; nous ignorons ce qu'il est devenu. Tous les huit ou dix jours environ, suivant les indications, nous pratiquions quarante ou cinquante scarifications, sur le membre abdominal malade.

Mais les idées dont nous nous occupons, semblent devoir prendre une plus grande extension, grâce aux progrès toujours croissants de notre belle science : Dupuytren a beaucoup insisté sur l'inflammation, considérée comme agent thérapeutique en chirurgie ; une phlegmasie chronique du bord libre des paupières disparaît souvent par cela même qu'on la rend aiguë, et qu'on la traite ensuite convenablement : en enflammant le tissu muqueux accidentel, on le ramène à l'état normal ; en passant un séton dans l'épaisseur d'un engorgement blanc, on l'enflamme légèrement, on le dissipe quelquefois : on sait que l'hydrosarcocèle ordinaire guérit aussi facilement, par la ponction et l'injection, que l'hydrocèle elle-même ; l'inflammation produite par une incision pratiquée sur les tissus qui recouvrent un engorgement non squirrheux ou une glande indurée, ne pourrait-elle pas déterminer la résolution de ces maladies ? Les deux faits suivants viennent à l'appui de cette idée, qui a besoin d'ailleurs d'un grand nombre d'autres observations pour être admise comme dogme scientifique.

J'avais fait en grande partie la dissection et l'énucléation d'une tumeur, dont la résolution n'avait pas pu être obtenue par tous les moyens de l'art ; le malade ne voulut pas nous permettre d'achever l'opération, malgré tous les efforts que nous fîmes pour l'y déterminer ; force fut donc de laisser la tumeur en place et de réappliquer sur elle nos lambeaux. Il survint une in-

flammation ordinaire. Quelques jours après, cet homme quitta Paris. Il vint nous revoir six mois après; sa tumeur n'existait plus : elle s'était dissipée peu à peu dans l'espace de six semaines, sans qu'aucune médication eût été employée.

Un malade, couché à l'hôpital de la Pitié, portait une hydrocèle qui fut ponctionnée; je mis en usage tous les moyens conseillés pour évacuer les liquides épanchés dans la tunique vaginale; je n'y réussis point; j'eus recours à l'incision, je trouvai une matière gélatineuse, transparente, à demi fluide, contenue dans de petites loges multiples, à parois très-minces : le testicule lisse, du volume du poing, était partout extrêmement dur : fallait-il l'enlever? Les idées que je viens d'émettre s'y opposaient; je pansai à plat; je revis le malade le soir : une inflammation très-violente s'était déjà développée; je prescrivis quarante sangsues au-dessus de la plaie; on appliqua des cataplasmes; le lendemain, la phlegmasie avait baissé; les forces musculaires et le pouls n'étaient pas déprimés; il n'existait pas de décoloration de la face : on mit trente sangsues. Le troisième jour, les accidents fébriles ont disparu, la douleur est légère, le testicule commence à se détuméfier; le malade prend du bouillon, on continue les cataplasmes émollients, et dans l'espace d'un mois, le testicule diminue peu à peu, revient à son volume à peu près normal, la plaie se cicatrise, le malade est guéri.

RÈGLES GÉNÉRALES

POUR

LES DÉSARTICULATIONS.

Avant de pratiquer, par ma méthode, l'amputation partielle du pied sur un malade couché à l'hôpital de la Pitié, j'exposai, en 1826, à mes élèves, mes idées sur les lois des désarticulations, fruit de mes méditations profondes depuis un grand nombre d'années. Je les publiai, en 1827, dans la *Revue médicale de Paris*. M. Malgaigne en a donné une analyse dans son *Manuel de Médecine opératoire*. Il existait sur ce point de la science une grande lacune.

Il faut que l'opérateur, après avoir bien étudié l'ensemble osseux d'une articulation, l'ait tellement présent à sa mémoire, qu'il puisse, sans l'avoir sous les yeux, en donner un dessin exact; car les parties molles, le sang, masquent les circonvolutions et les anfractuosités que le couteau doit parcourir : il ne pourra donc pas être convenablement dirigé sans la condition que nous venons d'énoncer.

On doit encore bien connaître la position des ligaments, pour les attaquer avec plus de sûreté; leur longueur, pour les couper entre leurs deux attaches ; leur largeur et leur épaisseur, pour les diviser complétement. S'il en restait une partie, elle tiendrait souvent les surfaces osseuses trop rapprochées, et l'instrument ne passerait pas entre elles : d'ailleurs, le premier soin du chirurgien, quand il va faire une désarticulation, c'est d'en chercher le siége : traçons les principes qu'il suivra.

1° Les tubérosités osseuses sont un des guides les plus certains pour arriver sur les articulations; ces éminences seront plus facilement trouvées, en plaçant les membres dans les conditions propres à les faire saillir : ainsi, l'on porte le poignet fortement en dehors, et l'on sent mieux l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien. On éloigne autant que possible, par des pressions, les parties molles qui masquent les os : c'est par la compression qu'on diminue et qu'on fait même disparaître l'œdème.

2° Lorsque les extrémités osseuses, formant une articulation, présentent des tubérosités, le chirurgien doit les reconnaître. Comment y parviendra-t-il? Les élèves ont tous l'habitude de vouloir les trouver d'emblée ; ils savent approximativement où elles sont ; ils croient qu'il suffit de pratiquer le toucher sur les parties qui les environnent. Ce mode de procéder est en général mauvais, puisqu'il existe presque toujours, auprès des éminences qu'on cherche, d'autres saillies

qui causeront des méprises : on prendra souvent la tubérosité interne de l'os crochu pour celle de l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien. Marchons toujours du connu à l'inconnu; or, pour trouver sûrement la partie supérieure du dernier os du métacarpe, le doigt indicateur sera d'abord appliqué sur l'extrémité inférieure de cet os, dont il longera le côté interne, jusqu'à la première tubérosité osseuse qu'il rencontrera : elle le conduira dans l'articulation supérieure du dernier métacarpien. Il est à peine utile de faire observer que si le chirurgien faisait partir ses recherches de la partie inférieure et interne du cubitus, pour parvenir dans le même article, il ne choisirait pas la première, mais bien la seconde tubérosité qu'il rencontrerait : ainsi l'on voit qu'avec des connaissances anatomiques, le toucher, partant d'un point bien connu, parvient sur le point inconnu.

3° Procédez toujours à la recherche du côté de la jointure le plus facile à trouver ; c'est la face externe de l'article tarso-métatarsien ; c'est la région interne de l'articulation de Chopart ; vous les avez reconnues. Les points opposés de la contiguïté osseuse sont trouvés : faites partir, de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse, une ligne perpendiculaire à l'axe du pied, et qui vienne se rendre sur son bord tibial; le côté interne de la jointure est à deux centimètres deux millimètres environ (trois quarts de pouce) au-devant; le même trait tiré transversalement, de la face postérieure

du scaphoïde, et se terminant sur le côté externe du pied étendu, laissera la région externe de l'article un centimètre (un tiers de pouce) devant lui.

4° Souvent les tubérosités d'une articulation sont si peu volumineuses, ou tellement masquées, qu'il n'est pas permis, malgré tous les moyens d'investigation auxquels on se livre, de les sentir; alors on cherche les saillies osseuses les plus voisines : l'éminence du scaphoïde est à trois centimètres sept millimètres (quinze lignes) environ du côté interne de l'articulation tarso-métatarsienne; la tubérosité postérieure du cinquième métatarsien est ordinairement située à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) de la face externe de l'article calcanéo-cuboïdien.

On a beaucoup blâmé les deux dernières règles que nous venons de tracer : on a répété que ces mesures devaient être rejetées, puisque les organes présentent, suivant les sujets, des dimensions variées. Mais, si le pied d'un adulte, par exemple, peut l'emporter en longueur sur un autre pied du même âge, de trois centimètres (un pouce) environ, cette quantité étant répartie sur les phalanges, les métatarsiens et les os du tarse, chacun de ces os se trouve ainsi fort peu allongé ; d'ailleurs le chirurgien prend encore ici en considération les dimensions plus considérables du membre sur lequel il va opérer ; or, les règles que nous établissons sont très-approximatives; n'est-il pas incontestable qu'il vaut beaucoup mieux, dans les cas difficiles, indiquer le

siége d'une articulation à deux ou cinq millimètres près (une ou deux lignes), que de n'établir aucune donnée pour le trouver?

5° Il arrive quelquefois que les tubérosités qui n'appartiennent pas à une articulation ne sont point sur la même ligne qu'elle; nous parvenons encore, par le système linéaire, à savoir le siége de l'article. Nous voulons désarticuler le fémur; nous faisons partir, de la partie inférieure et antérieure de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une ligne de trois centimètres (un pouce) de longueur; elle descend parallèlement à l'axe de la cuisse; de sa partie inférieure part une seconde ligne d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) d'étendue; elle se porte transversalement en dedans; son extrémité interne repose sur la face antérieure et externe de la tête du fémur : je laisse aux écrivains qui ont sans pudeur travesti mes idées, le soin d'appeler ces principes un *échafaudage de lignes*.

6° Des plicatures de la peau placées tantôt sur l'articulation, tantôt près d'elle, servent à en indiquer le siége : la partie supérieure et latérale du pli situé contre l'article phalango-phalanginien repose sur la jointure; la rainure qu'on voit vers la contiguïté de la seconde phalange avec la troisième se trouve un millimètre environ (une demi-ligne) au-dessus.

7° Des tendons s'insérant aux extrémités articulaires dont le chirurgien veut détruire la contiguïté, peuvent, lorsque leurs muscles se contractent, indiquer très-bien

à la vue et surtout au toucher la position de l'article; quand on fait fléchir le pied sur la jambe, l'on voit ou l'on sent le tendon du jambier antérieur, qui, s'attachant sur le premier cunéiforme et sur son métatarsien, couvre le côté interne de leur contiguïté. L'insertion du cubital antérieur sur le pisiforme sera aussi un indice avantageux, pour arriver dans l'articulation radio-carpienne, etc.

8° Les données que je viens d'établir manquent ou ne suffisent pas: l'opérateur saisit, avec la main qui doit conduire l'instrument, le membre qu'il veut enlever; il lui imprime de légers mouvements, tandis que les doigts de l'autre main sont placés sur le point où il pense qu'existe la contiguïté osseuse; ces doigts, destinés à la sentir, parcourent successivement les lieux présumés de son siége: quand ils l'ont rencontré, ils restent dessus tant que le couteau ne vient pas immédiatement les remplacer ou se placer près d'eux. S'il est des cas dans lesquels le chirurgien est obligé de toucher avec la main qui dirigera l'instrument, elle doit, avant de le saisir, être remplacée par l'autre main: sans cette condition, on pourrait perdre de vue le lieu touché. Ce que je viens de dire, relativement au point de départ de l'instrument, s'applique à son point d'arrivée, qui sera de la même manière rigoureusement marqué: d'ailleurs la main de l'opérateur, chargée de tenir le membre, sera placée sur le côté opposé à celui par lequel le chirurgien pénétrera dans l'article.

9° Faisons remarquer que si l'on attaque une articulation par sa face dorsale, on devra, en général, mettre le membre dans la position à demi fléchie, pour tendre les parties molles et pour élargir l'interligne des os : sans la précaution sur laquelle je viens d'insister, on s'exposera beaucoup, en pratiquant l'amputation du poignet, à pénétrer entre les deux rangées du carpe.

10° Malgré tous les moyens d'investigation que j'ai indiqués, le chirurgien n'est-il pas bien sûr du siége de l'articulation, il parvient à mieux le connaître, comme à s'en assurer de nouveau, à l'aide du toucher, quand les os sont plus ou moins dénudés de leurs parties molles, par le bistouri qui a déjà circonscrit et disséqué un lambeau. S'il avait besoin encore d'une nouvelle donnée, il placerait l'instrument dans l'angle de la plaie le plus rapproché de lui; son talon serait perpendiculaire à l'horizon, son tranchant perpendiculaire à l'axe de l'os; le couteau marcherait ainsi dans la solution de continuité en pressant et en sciant sans faire de saut; aussitôt qu'il arriverait contre l'article, il ne pourrait pas le dépasser sans que le chirurgien l'y sentît, l'y vît pénétrer : il serait facile d'ailleurs, pendant cette sorte de râclement, de lui donner la direction exigée par la disposition des surfaces articulaires.

Après avoir indiqué les moyens de reconnaître les articulations, occupons-nous de la confection des lambeaux.

1° Toutes les fois que le chirurgien a le choix des lieux sur lesquels il doit faire les lambeaux, il les dis-

pose de manière que le pus trouve un écoulement facile, le membre étant placé dans une position convenable.

2° Une seconde règle à laquelle on ne sacrifie pas la première, veut que les lambeaux adhèrent à toute l'étendue du plus grand diamètre de la surface osseuse qu'ils sont destinés à recouvrir : ils seront ainsi plus facilement maintenus.

3° Il est à peine utile de rappeler que l'état pathologique ne permet pas toujours de suivre les principes que nous venons de tracer; c'est en effet sur les parties où les tissus ont été épargnés, que le chirurgien les prend pour faire les lambeaux. Quant à leur nombre, on en pratique ordinairement deux; la plupart des praticiens n'en admettent qu'un seul, lorsqu'ils enlèvent partiellement le pied ou qu'ils coupent dans l'articulation de la première phalange avec la seconde, de celle-ci avec la troisième. Ils pensent avec raison que cette manière de procéder préserve mieux la cicatrice des violences extérieures; mais ils divisent toujours les parties molles, du côté où ils ne font pas de lambeaux, assez en avant de l'articulation, pour qu'elles ne se rétractent pas au delà.

4° Doit-on opérer, quand on ne peut faire aucun lambeau? L'expérience s'est prononcée pour l'affirmative. Abstraction faite de ceux qui sont dans les auteurs, j'en ai cité des exemples, dans mon mémoire sur les amputations partielles du pied.

5° Dans un chapitre de cet ouvrage, nous avons fourni

la preuve que les lambeaux faits avec des tissus lardacés, non squirrheux ni cancéreux, revenaient à leur état normal; mais il est nécessaire de combattre, par les antiphlogistiques, les inflammations violentes qui peuvent s'y développer.

6° En général, on commence la désarticulation après avoir pratiqué le premier lambeau, et l'on traverse l'article pour terminer l'opération par le second : ainsi la manœuvre est plus prompte, puisqu'on n'est pas obligé de changer l'instrument de main.

7° Le chirurgien pratiquera le dernier lambeau dans l'épaisseur duquel sera logée une grande artère, afin de pouvoir la faire comprimer, au besoin, par les doigts d'un aide, au moment où elle va être divisée plus bas, comme dans la désarticulation de l'humérus ou du fémur.

8° Fait-on un lambeau en divisant les tissus de dedans en dehors, il faut, pour qu'il ne soit pas terminé en pointe, que le talon de la lame du couteau marche sur la même ligne que son autre extrémité.

9° Lorsqu'un couteau aura été introduit horizontalement à plat sous les parties molles, et qu'il faudra relever son tranchant, pour lui faire contourner quelque saillie osseuse, comment les hommes fameux qui ont tant mutilé les descriptions, en médecine opératoire, énonceront-ils ce dernier mouvement? Ils recommanderont de relever *obliquement* l'instrument, expression vague, qui, ne laissant dans l'esprit du lecteur qu'incertitude et hésitation, laisse aussi la médecine

opératoire bien loin des autres sciences descriptives : mais j'en appelle à tous les hommes dont l'esprit est cultivé : est-il possible d'indiquer, autrement que par les angles qu'elles forment avec l'axe du membre, les diverses inclinaisons de la lame du couteau?

On a prétendu que les lambeaux pratiqués par ponction et puis par incision offraient des inconvénients; prouvons la légèreté de cette assertion : quand on introduit dans les tissus un instrument très-aigu, à deux tranchants, dont la lame augmente peu à peu de largeur de la pointe au talon, ce couteau n'agit point à la manière des instruments piquants des auteurs qui lui ont, sans contredit, donné à dessein sa forme avantageuse. D'ailleurs, pourquoi les plaies par piqûres sont-elles en général plus dangereuses? C'est qu'elles sont étroites, que le sang s'y accumule et forme des caillots irritants, que le pus y séjourne et y produit le même effet, et qu'enfin les tissus enflammés, sous une aponévrose qui n'est pas largement ouverte, sont comprimés par elle; de là tous les symptômes d'un étranglement inflammatoire; or, si après avoir fait une ponction, nous pratiquons un lambeau, notre plaie change entièrement de condition, et la ponction ne mérite pas les reproches qu'on lui a si gratuitement adressés; puis nous trouvons sa justification dans les anciens; nous la voyons dans ceux même qui la blâment aujourd'hui, puisque les uns et les autres pratiquent souvent, par ponction, des lambeaux, quand ils amputent les

membres thorachiques ou abdominaux, dans leur continuité ; ils vantent ce procédé, car ils n'ont jamais vu survenir alors les accidents qu'ils redoutent par l'emploi de quelques-unes de mes méthodes opératoires.

10° Lorsque les tissus sont divisés de dehors en dedans, et que le bistouri est appliqué sur un membre pour y circonscrire un lambeau, dirons-nous encore avec les hommes de la coterie que le couteau doit être tenu *obliquement de haut en bas et de gauche à droite*? Mais ignore-t-on qu'il existe plusieurs sortes d'obliquités? Ramenons toujours autant que possible les descriptions des méthodes opératoires à des principes de géométrie : ces obliquités de l'instrument ne peuvent être bien indiquées que par les angles rigoureusement déterminés qu'il formera avec l'axe du membre, ou bien encore par des lignes qui, partant d'un point bien précis d'une articulation, iraient se rendre sur un autre point bien indiqué.

On conseille de commencer l'opération sur la face dorsale de l'article ; mais cette face n'est pas indivisible : je veux désarticuler un doigt de la main gauche, et je veux faire avec le bistouri, tenu de la main droite, le lambeau interne le premier ; le couteau commencera l'incision à l'union des deux tiers internes de la région postérieure de l'article avec son tiers externe, et formera, avec l'axe du doigt légèrement à demi fléchi, un angle à sinus supérieur de huit degrés, ou bien il suivra la direction d'une ligne qui, partant du point que nous

avons précisé, irait se rendre au côté externe de la commissure interne du doigt qu'on va enlever; ainsi, en suivant ces principes, on ne pourra plus sourire de pitié, en songeant au genre descriptif ridicule que les chirurgiens avaient adopté, quand j'entrai dans la carrière chirurgicale et lorsque je produisis les violentes irritations qui existent encore aujourd'hui, et qui, grâce à ma ténacité et à mon courage, n'ont pas empêché la science de marcher.

11° La forme et la longueur des lambeaux sont indiquées par les dispositions de la surface dénudée qu'ils doivent recouvrir; on sait que leur bord adhérent à l'économie doit être assez large et leur épaisseur assez considérable, pour que la vie s'y conserve : on enlève les tendons volumineux qui restent à leur surface saignante et qui retarderaient la cicatrisation.

12° Lorsqu'on pratique le second lambeau, que les tissus ont peu d'épaisseur, et qu'on a la crainte de blesser une artère, on contourne avec beaucoup de soin et d'exactitude les tubérosités osseuses; on rase exactement les os, comme quand on désarticule l'humérus: s'il s'agit du doigt, par exemple, encore, il est ramené parallèlement à l'axe des autres qui sont étendus; on ne lui imprime jamais la moindre torsion, car ce mouvement aurait l'inconvénient de plisser les parties molles, d'où résulterait nécessairement que les unes seraient plus tendues que les autres, et de là s'ensuivrait une section, dans un lieu plus élevé, des premières, qui ne fuiraient

pas aussi facilement sous l'instrument : ainsi le lambeau serait échancré.

13° Il est presque inutile de recommander, dans tous les cas, de faire marcher le couteau largement et non pas à petits coups, afin d'éviter les dentelures des bords de la plaie, et pour abréger l'opération ainsi que la douleur.

14° Si l'on fait les lambeaux de dedans en dehors, et qu'on craigne une trop grande rétraction de la peau, il faut, au moment où l'opérateur les termine, attendre que les muscles, d'abord divisés, se rétractent, pour couper ensuite plus bas les téguments.

15° Beaucoup de praticiens conseillent d'achever les lambeaux, en coupant les tissus en biseau aux dépens de leur face saignante : nous rejetons ce principe, car nous avons vu, quelquefois, la peau dénudée de son tissu cellulaire, et nous avons prouvé, à la clinique de l'hôpital de la Pitié, que des pansements bien faits remédient à tous les inconvénients attribués à la section perpendiculaire des tissus.

Traitons maintenant la dernière partie de la question qui nous occupe : établissons les règles pour ouvrir, traverser et détruire les articulations.

1° On ne doit pas, en général, porter de champ le couteau dans une articulation, sans en avoir coupé les principaux moyens d'union ; il faut les diviser de dehors en dedans.

2° Dans les articulations surtout à surfaces osseuses

multiples, à circonvolutions et anfractuosités nombreuses, l'opérateur commencera toujours la désarticulation par le côté externe ou interne; à mesure que le couteau, entr'ouvrant un point de l'article, y pénétrera, il faudra bien se garder de l'y enfoncer; on l'en retirera au contraire aussitôt, pour le porter plus loin, parce que, ainsi, les ligaments que doit encore détruire le chirurgien, et qui maintiennent en contact très-immédiat les endroits où la contiguïté osseuse n'est pas entamée, ne seront pas mis à l'abri du couteau par des saillies osseuses qui les protégeraient en l'arrêtant.

3° Une règle extrêmement importante, celle san laquelle les désarticulations difficiles sont presque im praticables, est la suivante : une articulation qui, pou l'anatomiste, est représentée par un de surface, l'est a moins par quatre pour l'opérateur : les ligaments couvrent un espace plus étendu que l'article, et souven ils n'adhèrent, dans une plus ou moins grande étendu aux tissus osseux, que par leurs extrémités : or, l'on conçoit qu'en coupant ces moyens d'union transversale ment, entre leurs deux points d'insertion, la contiguït osseuse est trouvée; il suffit de promener approxima tivement le couteau sur son siége, pour le rencontre Cette manœuvre s'exécute plutôt au-dessous qu'au dessus de la jointure de l'article qu'on attaque : ainsi on ne s'expose pas à la dénudation d'une partie des c épargnés par l'amputation.

4° A-t-on entr'ouvert, en coupant leur moyen d'union, les faces dorsale et latérales d'une articulation, le chirurgien peut ordinairement engager le couteau à pleine lame entre les surfaces articulaires ; il y passe facilement. Mais quand il existe des ligaments entre les os, comme le calcanéo-cuboïdien dans l'article de Chopart, et les trois ligaments interosseux dans la jointure tarso-métatarsienne, l'opérateur doit en connaître très-exactement la position ; car c'est en portant directement la pointe du couteau sur eux qu'à mesure qu'il divisera les trousseaux ligamenteux, les surfaces articulaires, en s'écartant, lui fourniront un libre passage.

5° Il faut étudier les interstices osseux à l'aide desquels il est plus facile de détruire les ligaments dont nous venons de parler ; on n'oubliera donc pas qu'à la main et au pied, les os sont en général immédiatement appliqués les uns contre les autres, du côté de la face dorsale, tandis qu'aux régions palmaire et plantaire, ces organes laissent entre eux des intervalles, pour loger des trousseaux ligamenteux : c'est précisément de ces intervalles que le chirurgien tire un grand parti, pour attaquer les ligaments ; il porte son couteau par dessous ; il en incline le manche vers lui, de manière qu'il forme un angle à sinus antérieur de quarante-cinq degrés ; l'opérateur le relève ensuite à angle droit ; à mesure qu'elle divise les moyens d'union des os, cette manœuvre éloigne suffisamment les surfaces articulaires

du côté de leur face dorsale, pour que l'instrument glisse aisément entre elles.

6° Il est au moins inutile de luxer, lorsqu'on pratique une désarticulation, car on exerce des tiraillements douloureux : si l'on élargit beaucoup l'article du côté par lequel le couteau commence à le parcourir, on applique avec tant d'exactitude les unes contre les autres les surfaces articulaires sur le point opposé, qu'elles présentent à l'instrument un obstacle invincible. Est-on néanmoins forcé, dans quelques cas difficiles, d'employer la manœuvre que nous venons de blâmer, le chirurgien luxe légèrement en bas, jusqu'à ce qu'il ait parcouru la moitié du diamètre dorso-palmaire, par exemple, de l'articulation : puis il luxe encore, mais en sens opposé, pour traverser le reste. Il est préférable, en général, de faire sur la partie du membre qui va être enlevée, de légères tractions parallèles à son axe; elles suffiront pour que le chirurgien trouve un libre accès entre les surfaces articulaires.

7° Le talon de la lame du couteau et sa pointe marcheront toujours sur la même ligne, pour que l'articulation soit attaquée, en même temps, à une égale profondeur, du côté dorsal et palmaire, par exemple. Si l'on craignait, en sortant de l'article après l'avoir parcouru, d'échancrer le second lambeau, on l'éloignerait par de légères tractions pratiquées, avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, sur les tissus qui le composent.

8° Les instruments dont nous nous servons sont très-étroits; ils exécutent plus facilement, dans les articulations, les mouvements de rotation qu'on leur imprime sur leur axe, pour les dégager d'entre les os; mais ces instruments se briseraient très-souvent, si MM. Charière et Capron, couteliers très-distingués de Paris, n'eussent pas cédé au désir qne nous leur manifestâmes, de les faire avec un dos épais qui les rend très-solides.

9° Le couteau ayant parcouru toute l'étendue du diamètre dorso-plantaire d'une articulation, ne peut cependant pas glisser sous les os qu'il doit sacrifier; la force et la multiplicité des ligaments inférieurs s'y opposent, en maintenant encore très-rapprochées les extrémités osseuses inférieurement, et en empêchant que l'instrument dont la lame est placée entre elles perpendiculairement, ne puisse exécuter, sur son axe, un mouvement de rotation qui place son tranchant sous ces extrémités osseuses, en l'amenant à l'horizon; il faut alors le retirer de l'articulation, en engager la pointe horizontalement dans l'extrémité de l'article la plus voisine de la main qui opère : cette partie très-étroite du couteau fait la voie au reste de la lame, à mesure qu'on presse sur elle de droite à gauche; elle parvient ainsi au côté opposé de la contiguïté osseuse, et se place même sous les os qu'on va enlever.

10° La manœuvre que nous venons de décrire pourrait être précédée et facilitée par la suivante : avec la

main gauche, on assujettirait bien la partie du membre qu'on ampute, et l'on ferait exécuter, à son extrémité postérieure, un léger mouvement de bascule de bas en haut ; on porterait d'abord perpendiculairement la pointe du couteau entre les surfaces articulaires, à gauche du chirurgien, puis on inclinerait l'instrument à droite, pour lui faire former, avec l'axe du membre, un angle de quarante à quarante-cinq degrés ; son tranchant serait tourné vers les os qu'on enlève et promené dans toute l'étendue du diamètre transversal de la solution de continuité.

11° Dans plusieurs mémoires que j'ai publiés sur les désarticulations (voy. *Revue médicale*), j'ai démontré le parti très-avantageux que j'ai tiré des lois de l'ostéogénie de M. Serres : on sait que jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans, et même plus tard, chez les scrofuleux, le couteau peut enlever, avec autant de facilité que les parties molles, les épiphyses au delà des articles, si elles sont malades. Lorsque ces épiphyses seront saines, et qu'on devra les ménager, on aura soin de promener l'instrument assez légèrement sur elles, afin de les épargner.

Tels sont les préceptes que j'enseigne depuis longtemps à mes élèves sur les lois générales des désarticulations ; je les ai consignés, en mars 1827, dans la *Revue médicale* de Paris : que penser maintenant des hommes qui, couvrant la vacuité de leurs idées et la faiblesse de leur logique avec le manteau d'une fas-

tueuse érudition, n'ont pas même mentionné mon Mémoire ! C'est ainsi qu'on écrit l'histoire et qu'on sert les intérêts sacrés de l'humanité.

Mais n'omettons pas de faire remarquer qu'on ne craint plus aujourd'hui la lésion des cartilages articulaires siégeant sur les os épargnés par l'opération ; Callisen, Richter, Bromfeild, et, après eux, A. Cooper et Gensoul, ont avancé qu'en les découpant on favorise la cicatrisation : je crois, d'après un assez grand nombre de faits, qu'elle a lieu tout aussi facilement sans cette précaution.

J'ai souvent eu occasion, sur les cadavres qui servaient à la manœuvre de mes cours de médecine opératoire, d'examiner les cartilages articulaires, après la cicatrisation des plaies résultant d'amputations pratiquées dans la contiguïté des os ; le plus ordinairement j'ai rencontré l'adhérence du lambeau à la surface cartilagineuse, mais, dans des cas assez rares, cette adhérence manquait complétement, et les parties molles étaient mobiles sur cette surface ; aucun liquide ne la baignait.

On a dit que les cartilages articulaires pouvaient se détacher, sous forme de coque, après les amputations, et se porter ensuite à l'extérieur. Je ne nie point ce fait, mais je ne l'ai jamais observé, quoique j'aie pratiqué un très-grand nombre de ces opérations.

A mesure qu'on s'éloigne de l'époque à laquelle la cicatrisation de la plaie s'est faite, le cartilage articu-

laire diminue d'épaisseur, change de couleur ; d'abord quelques-uns de ses points disparaissent complétement, et plus tard, il n'en reste enfin aucun vestige : alors, tantôt les parties molles sont adhérentes à la surface osseuse plus ou moins granulée, tantôt elles sont libres sur elle, et, dans ce cas, je l'ai constamment trouvée lisse et polie.

Quand on pratique les amputations dans l'article, il faut enlever une grande étendue de la capsule articulaire. On pense qu'ainsi on obtient plus promptement la cicatrisation, et que, par conséquent, on évite avec plus de certitude la formation des trajets fistuleux.

DE L'ULCÈRE SIMPLE,

DIT ATONIQUE.

Les idées que nous allons émettre ont été publiées, en 1826, dans la *Revue médicale de Paris*, par M. Michel Klimatis, qui les a extraites de nos leçons cliniques : nous rétablissons cette date pour ne pas être accusé de plagiat : ces idées, auxquelles nous donnons aujourd'hui une nouvelle publicité, blesseront

sans doute encore davantage les hommes accoutumés à taire ou à énoncer d'une manière ambiguë et même à travestir les faits scientifiques qui leur déplaisent; ce sont ces hommes qui proclament partout que nous manquons d'urbanité, quand nous réclamons en faveur des intérêts sacrés de l'humanité.

Les ulcères atoniques tiennent leur dénomination de la *débilité* dans laquelle on croit voir les tissus; pour justifier cette opinion, on fait remarquer que la solution de continuité siége plus spécialement sur les membres inférieurs; plus éloignés du centre de la circulation, on dit qu'ils présentent des conditions plus favorables au développement de la maladie. On a encore avancé qu'elle siége, sept fois sur dix, sur le membre abdominal gauche, et l'on a expliqué ce fait par la faiblesse relative du côté gauche du corps.

Je rejette ces arguments : 1° Si vous admettez que l'atonie des membres inférieurs préside à la formation des ulcères, ils devraient nécessairement siéger plus souvent sur le pied et sur les orteils, qui sont plus éloignés du cœur que la jambe.

2° Lorsque je fus nommé chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, on n'y faisait pas, comme aujourd'hui, beaucoup de grande chirurgie; on n'y voyait alors, pour ainsi dire, que des ulcères : je les étudiai avec soin; j'étais persuadé que leur histoire et leur traitement offraient de nombreuses lacunes à remplir; il me fut facile de vérifier la plus grande fréquence de ces

solutions de continuité sur la jambe gauche ; mais beaucoup de sujets qui en portaient de ce côté étaient gauchers : j'acquis la conviction que, chez eux, les ulcères étaient encore plus fréquents à gauche qu'à droite, et dans la même proportion que sur les droitiers.

Chez les gauchers, les membres gauches, agissant davantage que les droits, deviennent plus forts que ces derniers; ce n'est donc pas la faiblesse du côté gauche qui occasionne plus souvent l'ulcère de ce côté, puisqu'il est plus fort que le droit.

3° Lisez les pathologistes qui ont écrit avant la publication de mes idées, vous serez convaincu, qu'abstraction faite de certains cas de gangrène, d'abcès froid et de plaie, ils décrivent une phlegmasie locale, lors du développement spontané de la maladie; elle est en effet assez ordinairement précédée par un érysipèle léger ou par un érysipèle phlegmoneux, au centre duquel existent une ou plusieurs vésicules qui se rompent et laissent s'échapper un liquide roussâtre ; d'autres fois, la phlyctène n'est entourée que par un cercle inflammatoire peu étendu; quand il est développé, l'ulcère s'agrandit plus ou moins promptement : il offre ordinairement une inflammation assez aiguë, qui siége plus spécialement sur ses bords tendus, durs, rouges et douloureux.

Le traitement prescrit, surtout dans le principe de la maladie, par les pathologistes qui admettent l'atonie des tissus, suffit pour convaincre qu'ils sont encore ici

en opposition avec eux-mêmes, car ils emploient les cataplasmes émollients.

L'ulcère simple, dit atonique, est pour moi le résultat d'une inflammation gangréneuse *sui generis*, déterminée par la lenteur et la difficulté de la circulation veineuse. Mon opinion est basée sur les preuves qui suivent :

1° Tout le monde admet que l'ulcère variqueux est produit et entretenu par la stase du sang veineux; sa stagnation dans les vaisseaux dilatés, occasionne une inflammation ordinairement légère, suivie d'ulcération gangréneuse. En agissant plus faiblement sur le système veineux non dilaté, la même cause peut déterminer la formation de l'ulcère simple. Lorsque les cicatrices récentes se rompent, elles deviennent ordinairement bleues et même noires : il est évident que cette rupture est due à la stase du sang.

2° La veine crurale est-elle, par exemple, ouverte à sa partie supérieure, établissez-vous la compression pour combattre l'hémorrhagie, arrêtez-vous la circulation dans le vaisseau? la stase du sang veineux augmente le volume du membre; il devient douloureux, sa chaleur est plus développée, et la gangrène survient quoique l'artère crurale, libre, exécute ses fonctions.

M. Gensoul a lié l'artère crurale; il a diminué ainsi la quantité de sang qui devait pénétrer dans le membre, il en a empêché la stase dans le système veineux; cette méthode a réussi; imaginée postérieurement à la pu-

blication de nos idées sur les ulcères, cette méthode fournit une nouvelle preuve en leur faveur ; mais elle ne peut être employée que dans les cas où l'amputation serait indispensable, c'est l'opinion de son auteur.

3° Dans le traitement des ulcères, on emploie tous les moyens propres à faciliter la circulation veineuse : on maintient le membre dans une attitude telle que sa partie inférieure en devient le point le moins déclive : on met en usage le bandage roulé et les bandelettes agglutinatives, moyens qui tous favorisent la cicatrisation de la solution de continuité.

4° Pourquoi les ulcères siégent-ils plus souvent sur les membres inférieurs? pourquoi sont-ils plus communs sur la jambe gauche? pourquoi les rencontre-t-on plus fréquemment sur la partie inférieure de ce membre, entre le mollet et la malléole interne? La circulation veineuse est plus difficile dans les membres abdominaux que dans les membres thorachiques. Si les viscères ne sont pas transposés, l'S romaine du colon, souvent remplie de matières stercorales, et passant sur la veine iliaque externe, gêne singulièrement le cours du sang du côté gauche : à droite le vaisseau est libre.

Depuis longtemps nous avions signalé cette cause de production des ulcères. M. Blandin n'a pas hésité à dire (article *Ulcère* du Dictionnaire en quinze volumes) que Pouteau en avait fait mention : cette assertion est

inexacte, et son auteur serait fort embarrassé, s'il était obligé de la légitimer.

La veine iliaque gauche est couverte par les deux artères iliaques primitives; la droite n'a aucun rapport immédiat avec elle (*V.* le beau travail de M. Serres sur le croisement des vaisseaux).

Le sang qui parcourt les deux artères iliaques, dont le volume est considérable, gêne la circulation veineuse, non-seulement par sa pesanteur spécifique, mais encore par sa grande force d'impulsion bien supérieure à celle de la colonne sanguine qui coule dans le système veineux, contre les lois de la pesanteur.

M. Serres a le premier fait connaître que la veine saphène interne est dépourvue de valvules entre la malléole tibiale et la partie inférieure du mollet.

Ajoutons que depuis le pied jusqu'au genou, la veine saphène interne n'offre point de valvules sur un grand nombre de sujets, et que, si elle en présente, on en trouve seulement deux; l'une siége à la partie inférieure du mollet, et l'autre vers le condyle interne du tibia. (Serres.)

Mais donnons encore en faveur de notre opinion une preuve fournie par la thérapeutique : j'avais souvent vu de larges et profonds ulcères non variqueux impossibles à cicatriser; j'avais rencontré beaucoup de malades chez lesquels toutes les précautions échouaient, pour éviter la rupture et la destruction du tissu inodulaire : il fallait amputer ces malheureux : je pensai qu'on pour-

rait peut-être les guérir radicalement par la résection de la veine saphène ; cette idée me flatta d'autant plus que l'opération pratiquée sur le système veineux est moins dangereuse que l'amputation du membre, et qu'elle n'en prive pas le malade. La phlébite survient rarement ; à quelques causes qu'elle ait été due, et quand on l'a reconnue avant son entrée dans les grandes cavités, nous n'avons pas perdu, jusqu'aujourd'hui, un seul malade, en appliquant des sangsues entre le cœur et le point enflammé du vaisseau.

Bientôt des occasions de mettre mon projet en pratique se présentèrent ; j'opérai et je réussis. On verra, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 6 octobre 1836, que j'ai montré, dans le cours de cette année, un homme, âgé de cinquante ans, sur lequel je fis, en 1827, la résection de la veine saphène interne, pour un vaste ulcère atonique siégeant sur la face interne de la jambe gauche : il portait les cicatrices intactes résultant de mon incision et de son ulcère : commissionnaire en vins, cet homme est obligé de faire un très-grand exercice ; cependant le tissu inodulaire s'est soutenu, a résisté pendant neuf ans après mon opération, tandis qu'antérieurement, et durant plusieurs années, l'ulcère récidivait très-fréquemment.

Je dirai plus tard que la guérison des ulcères, obtenue par les opérations pratiquées sur les veines, est due à l'oblitération d'une grande partie du système veineux superficiel, et qu'ainsi le sang reflue profondément dans

le membre et ne stagne pas dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau.

J'ai avancé que l'ulcère simple, dit atonique, dans son développement ou dans sa marche progressive, était causé par une inflammation gangréneuse *sui generis* : je vais le prouver.

1° Sous la phlyctène dont nous avons parlé, lorsque l'ulcère commence, existe ordinairement une tache brune; c'est déjà de la gangrène.

2° Un ulcère fait des progrès assez rapides ; il exhale l'odeur gangréneuse qui manque entièrement si la solution de continuité est stationnaire.

3° Lorsque les malades entrent dans les hôpitaux et que leurs ulcères marchent rapidement, on y observe des escarres gangréneuses de largeur variée; d'autres fois, c'est quand la maladie fait des progrès lents, on n'aperçoit pas d'abord les tissus frappés de mort; mais la suppuration est ichoreuse, et quand on en prend une certaine quantité avec le pouce et l'indicateur, et qu'on imprime à ses doigts des mouvements de va-et-vient, on sent, entre eux, un détritus solide formé par de très-petits morceaux de tissus affectés de gangrène; ils en exhalent l'odeur.

4° On se rappellera que la suspension de la circulation dans la veine crurale produit la gangrène : ainsi s'écroule la fameuse théorie de l'absorption interstitielle imaginée par A. Paré, reproduite par Jean Hunter.

Véritables loups-cerviers, les vaisseaux lymphatiques

rongent et dévorent les tissus dans l'épaisseur desquels ils sont logés ; ils se mangent entre eux et ils se mangent aussi eux-mêmes : sublime et belle découverte ! on n'a rien vu de tout cela ; qu'importe ! c'est un motif de plus pour y croire très-fermement. Malheureuse médecine ! marcherez-vous toujours dans le vaste et stérile champ des futiles hypothèses, tandis que les autres sciences exactes, toujours guidées par des faits dont les théories sont l'expression, s'établissent en général sur des bases qui résisteront aux injures du temps !

L'hypothèse que nous combattons est encore fondée sur la disparition du thymus, des engorgements des tissus, sur la diminution du foie, etc. ; mais ici l'analogie même serait trop forcée, car il n'y existe jamais d'ulcération.

Faisons, sous le point de vue pratique, l'anatomie pathologique de l'ulcère simple : elle a été trop négligée ; souvent les indications n'ont pas été saisies, et l'on a employé empiriquement une foule de médicaments qui ont été même nuisibles, dans un grand nombre de circonstances.

1° Induration des tissus : elle est souvent simple comme dans le phlegmon qui a passé à l'état chronique ; elle ressemble quelquefois au tissu non dégénéré des tumeurs blanches ; elle est rarement squirrheuse ; le plus ordinairement, elle affecte seulement les bords de la solution de continuité ; dans d'autres circonstances, l'ulcère repose entièrement sur elle : alors elle peut s'é-

tendre fort loin : j'ai vu des sujets chez lesquels presque toute l'étendue de la jambe était dure comme de la corne; elle devient difficilement cancéreuse sur les membres abdominaux. Lorsque l'ulcération est ancienne, les callosités s'étendent jusque dans le tissu cellulaire intermusculaire : les muscles eux-mêmes n'en sont quelquefois pas exempts; plus loin, les organes sont jaune serin; ils offrent, çà et là, quelques points indurés : plus loin encore, on les voit pâles, infiltrés de sérosité dont la quantité diminue à mesure qu'on s'éloigne davantage de la solution de continuité.

2° Les bords des ulcères peuvent être décollés : on constate cet état, en glissant un stylet sous eux; la peau offre souvent alors une couleur violacée.

3° Quand les ulcères sont récents et détergés, leur surface fournit l'aspect que présenterait du tissu cellulaire enflammé et récemment coupé; il n'existe pas de bourgeons charnus.

4° Bourgeons charnus : souvent trop développés, ils sont mous et saignent avec beaucoup de facilité; d'autres fois, ils sont assez durs : on en rencontre qui sont très-allongés et qui reposent sur des indurations en forme de racine pénétrant profondément dans l'épaisseur des tissus.

5° Il n'est pas très-rare de voir la surface de l'ulcère rouge, polie, mollasse, luisante, en quelque sorte vernissée, donnant, par le toucher, la sensation que fournirait la membrane muqueuse de l'estomac depuis long-

temps enflammée et un peu ramollie. Disséquez-vous la surface de ces ulcères que j'appelle muqueux, vous trouvez le tissu accidentel de ce nom comme dans les anciens trajets fistuleux.

Les ulcères atoniques peuvent siéger sur tous les points des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané : on pourrait aussi, à la rigueur, les admettre ailleurs.

Les causes les plus fréquentes de ces ulcères sont les professions qui forcent à rester longtemps debout, l'exposition des jambes à l'action d'une forte chaleur, l'immersion longtemps prolongée de ces membres dans l'eau froide ou dans l'eau chaude, les longues routes faites à pied et même en voiture, la déchirure des cicatrices, la malpropreté, les plaies, etc.

Nous avons déjà dit comment ces ulcères commencent ordinairement à se développer; nous avons ajouté qu'ils pouvaient offrir des escarres, des callosités, des végétations; qu'assez souvent ils saignaient avec facilité, bien qu'ils ne fussent pas variqueux; que leurs bords, quelquefois décollés, étaient d'un rouge plus ou moins foncé. Ils fournissent une suppuration séreuse et grisâtre. Une fois développés, ils sont peu ou point douloureux; ils ont en général peu de tendance à se cicatriser; ils font des progrès lents ou rapides; on peut les voir stationnaires pendant fort longtemps; ils produisent rarement la tuméfaction du périoste et des os : ordinairement leur cicatrice marche très-vite d'abord; vers la fin, elle

est fréquemment fort lente : on dit que, pendant les temps humides, ils deviennent sanieux. Comme toutes les solutions de continuité, ils sont soumis à l'influence des autres maladies qui produisent une perturbation plus ou moins marquée des fonctions en général. Ils occasionnent des phlébites et des lymphites ; ils peuvent exister avec des altérations organiques éloignées, dont ils ne sont pour ainsi dire qu'un symptôme : alors il ne faut pas les guérir.

L'ulcère variqueux est caractérisé par le suintement sanguin plus fréquent qui existe à sa surface, par son état violacé, auquel participent ses bords et les parties environnantes, et par l'existence de varices plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses. Une subinflammation affecte quelquefois les veines variqueuses ; on la voit souvent passer dans le tissu cellulaire sous-cutané, où elle détermine un engorgement qui peut s'étendre au loin : il est extraordinairement rare que, comme la phlébite aiguë, cette phlegmasie légère remonte, le long des vaisseaux, du côté du cœur.

On a vu des hémorrhagies violentes compliquer les ulcères variqueux : quelquefois même les malades ont succombé. La nécropsie m'a montré alors la veine saphène interne ouverte : je l'ai disséquée ; elle était épaissie, et sa face interne phlogosée. Quand les parois de cette veine étaient coupées dans toute leur épaisseur et dans toute leur circonférence, elles ne s'affaissaient

point, et le canal veineux, beaucoup élargi d'ailleurs, restait béant : on eût dit de la section d'une artère. Il paraît difficile alors que le vaisseau puisse agir sur la colonne sanguine qui le parcourt; bien qu'elle soit fournie par des collatérales même très-éloignées, il constitue, pour ainsi dire, une espèce de tuyau inerte duquel le sang, abandonné à son propre poids, s'échappe sans obstacle, lorsque la veine est ouverte par l'ulcération : il en serait autrement si l'état normal existait.

La résorption purulente, trop fréquente à la surface des plaies, est très-rare dans les ulcères; l'expérience a sanctionné ce fait : on sait d'ailleurs que si l'on met de l'hydrochlorate de morphine sur un vésicatoire récent, il est facilement absorbé, et que si au contraire l'exutoire est ancien, le médicament ne pénètre pas ou presque pas dans les voies circulatoires. Ces phénomènes contradictoires ont paru inexplicables; mais dans les solutions de continuité anciennes, il existe, sur la surface dénudée, des tissus de création nouvelle qui ne sont pas encore doués de toute l'énergie vitale qu'ils acquerront plus tard, et qui opposent une barrière souvent insurmontable aux agents extérieurs qui voudraient pénétrer par leur surface dans l'économie animale.

On a avancé que la phlébite existe *toujours* avec la résorption purulente : j'ai dit, il y a bien longtemps, que ce mot devait être rayé de toute pathologie et de toute

thérapeutique. J'ai fait des autopsies, et je me suis convaincu que le pus pouvait être absorbé par les veines, sans qu'elles fussent enflammées.

Est-il permis de guérir tous les ulcères? Fabrice de Hilden, Heister, Ledran, pensent qu'on ne doit pas tenter la guérison de ces solutions de continuité quand elles sont anciennes; ils citent des cas dans lesquels des apoplexies, des pneumonies, des dyspnées, etc., sont survenues immédiatement après leur cicatrisation. Camper, Bell, Bosquillon, sont d'une opinion diamétralement opposée : voilà encore des systèmes exclusifs qui, en médecine, comme en tant d'autres choses, conduisent directement à de grandes erreurs.

Examinez l'état des viscères, surtout dans la poitrine et dans l'abdomen : s'ils sont parfaitement sains, si la santé générale et la constitution du malade, sur lesquelles vous portez aussi votre attention, sont bonnes, si l'ulcère, en s'établissant, n'a pas fait disparaître un état morbide, il faut tenter d'en obtenir la cicatrisation : on suivrait le principe contraire dans les circonstances opposées à celles que nous venons d'indiquer; car ici l'irritation et l'inflammation révulsives que produirait un cautère, et la suppuration qu'il fournirait, n'empêcheraient certainement pas les accidents de se développer.

Mais les préceptes de l'art commandent de cicatriser un ancien ulcère. La nature s'est accoutumée à cet exutoire; supprimez-le lentement et établissez un fonti-

cule à la jambe ou au bras. Sans cette précaution indispensable, vous vous exposeriez à des inconvénients graves, et peut-être même à des événements funestes : la saine chirurgie exige encore que vous administriez des amers à l'intérieur; des purgatifs légers sont aussi très-utiles.

Si cependant, car tout est possible en médecine, l'ulcère étant cicatrisé, il se développait une congestion ou une phlegmasie sur un viscère, vous vous hâteriez de mettre en usage la pommade de Gondret : appliquée sur la cicatrice, elle peut produire une révulsion très-salutaire; dans le cas où l'on ne pourrait pas se procurer ce médicament, on le remplacerait par un vésicatoire ou bien encore par l'eau bouillante.

Occupons-nous du traitement de l'ulcère simple dit atonique : montrons ici, comme ailleurs, qu'il est, en général, basé sur les indications; prouvons, en d'autres termes, qu'il est presque toujours inséparable des nuances pathologiques sur lesquelles il est fondé, et laissons, à des ignorants dirigés par de faux principes, le soin de proclamer que la maladie une fois décrite, les moyens de guérison en sont indiqués et établis. Nous ne suivrons pas les errements funestes des mauvais manuels, des mauvais livres, des mauvais cours, dans lesquels on se borne à dire, par exemple, *employez d'abord les antiphlogistiques et puis les résolutifs* : devenez ainsi médecin, si vous le pouvez. Depuis longues années je n'ai pas cessé de le dire, je le répéterai en-

core jusqu'à satiété, parce que j'en conçois le pressant besoin : la bonne et saine thérapeutique est trop négligée : nos écoles laissent sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, de grandes lacunes à remplir.

Le malade gardera le repos absolu : la jambe sera maintenue dans une attitude telle, que sa partie inférieure en deviendra le point le moins déclive.

Lorsque le sujet n'est pas trop faible et qu'une inflammation assez vive accompagne l'ulcère, on pratique, au bras, une saignée de deux cent quarante à trois cent soixante grammes (deux ou trois palettes).

Lors même que la phlegmasie serait légère, si le membre était œdémateux, je conseillerais encore cette évacuation sanguine ; elle aurait l'avantage, d'après les belles expériences de M. Magendie, de favoriser singulièrement la résorption de la sérosité : elle doit être préférée à l'application des sangsues, dans le cas qui nous occupe.

On a recours aux cataplasmes émollients, destinés aussi à combattre la phlegmasie, à déterger l'ulcère et à dissiper la tuméfaction de ses bords : lorsqu'on a obtenu ces résultats, on fait abstraction de ce moyen, dont j'ai continué quelquefois l'usage avec beaucoup de succès.

J'ai montré, à ma clinique, un grand nombre de faits qui constatent l'efficacité des cataplasmes émollients, employés pour guérir complétement les ulcères simples, dits atoniques ; on trouvera deux de ces faits dans le

Bulletin général de Thérapeutique (15 et 30 mars 1838) : les principes qui m'ont guidé y sont parfaitement bien établis ; il est important de les reproduire ici.

La cicatrice se développe sous l'influence des cataplasmes émollients ; elle marche avec plus de rapidité que si l'on employait d'autres médicaments : je me garde bien alors de faire abstraction de ce topique ; j'en continue l'usage tant qu'il réussit, et je puis obtenir ainsi une guérison extrêmement prompte ; mais si, comme l'observation l'a prouvé souvent, la cicatrisation cesse de faire des progrès ou si ces progrès sont lents, j'ai sur-le-champ recours aux excitants.

Un malade portait deux ulcères sur la même jambe : l'un guérit avec rapidité par les cataplasmes émollients, tandis que l'autre restait stationnaire et commençait même à trop végéter ; nous cessâmes l'usage des émollients.

Lorsque les cataplasmes émollients produisent, sur les ulcères, les effets heureux dont nous venons de parler, ces solutions de continuité n'offrent rien de particulier. C'est donc à l'idiosyncrasie qu'on doit rapporter le succès, qu'il est impossible de prévoir ; l'observation des phénomènes qui se manifestent est le seul guide qui dirige le praticien. On voit, dans la *Gazette des Hôpitaux* (22 octobre 1836), qu'un malade, couché au n° 11 de la salle Saint-Antoine, portait un vaste ulcère sur la jambe gauche : la cicatrisation en a été ob-

tenue par le seul usage des cataplasmes émollients; elle a été plus prompte que si l'on avait employé les moyens excitants.

Si l'ulcère est entretenu par un corps étranger venant de l'extérieur, on en fait l'extraction; on se comporte de la même manière quand il s'agit d'une portion d'os ou de tendon frappé de mort.

On enlève les causes de compression qui, situées sur le trajet des veines et des vaisseaux lymphatiques, entretiennent l'ulcère et pourraient l'empêcher de guérir. On sait qu'ordinairement des ulcères rebelles guérissent, avec beaucoup de facilité, quand la matrice est débarrassée du produit de la conception et qu'elle est revenue sur elle-même.

Le mauvais état du canal intestinal doit être pris en grande considération : il exerce une influence très-fâcheuse sur l'ulcère; il faut le combattre par les moyens appropriés.

On dit que dans l'ulcère atonique une inflammation légère produit une exsudation plastique; qu'une phlegmasie plus élevée détermine la formation des bourgeons charnus, et qu'enfin, quand elle est plus forte encore, elle donne lieu à une suppuration abondante : voilà des phénomènes qui paraissent bien tranchés, fort distincts, dans les livres, et qui ne le sont guère quand on observe au lit du malade; le jeune médecin doit en être averti, afin qu'il n'attribue pas à une incapacité qui le découragerait, l'impossibilité où les hommes

les plus distingués sont presque toujours d'établir ces distinctions.

Theden et Desault ont conseillé la compression avec un bandage roulé. Ce moyen est avantageux, mais l'exercice déplace souvent les circulaires de bandes : de là naissent des inconvénients qu'il serait inutile d'indiquer.

Baynton a le premier préconisé et mis en usage la compression établie avec les bandelettes de diachylon gommé : elles sont larges d'un travers de doigt; elles embrassent une fois et demie la circonférence du membre : lorsqu'on les applique, la seconde recouvre un tiers de la largeur de la première, et ainsi de suite, jusqu'à plusieurs millimètres (quelques lignes) au delà de la partie supérieure de l'ulcère : les substances qui entrent dans la composition de cet emplâtre, concourent aussi à obtenir la guérison. Un bandage roulé destiné à prévenir ou à dissiper l'œdème est appliqué; il commence sur le bout du pied. Ces bandelettes agglutinatives ont été singulièrement vantées; il est certain qu'elles obtiennent assez souvent de brillants succès : les malades peuvent marcher, pendant le traitement, et ne sont pas obligés d'abandonner leurs travaux; mais elles échouent dans un grand nombre de circonstances : c'est surtout quand l'ulcère est muqueux, quand les callosités sont anciennes, quand la surface de l'ulcération est mollasse, un peu fongueuse, quand les bourgeons charnus sont durs et très-développés. Il est important de poser ces

indications, qui serviront de guide au praticien.

On faisait autrefois un grand abus des onguents; mais il est dans la nature de l'esprit humain d'aller presque toujours d'une extrémité à l'autre : aujourd'hui beaucoup de chirurgiens les rejettent tous ; c'est ainsi qu'a trop souvent marché notre belle science : ouvrez les annales de l'art, vous en aurez la conviction; c'est ainsi qu'on a créé des systèmes exclusifs qu'un quart de siècle a bâtis et qu'un autre quart de siècle a renversés; c'est ainsi qu'on a justifié cette proposition erronée que la médecine n'est pas une science. Pour nous, les onguents ne sont pas toujours nuisibles; nous avons prouvé, comme beaucoup d'autres praticiens, que souvent ils sont d'une grande utilité. Une plaie ne végète point : employez le digestif simple; bientôt, ordinairement, des bourgeons charnus se montreront, et si vous faites alors abstraction de ce moyen, vous obtiendrez un très-heureux résultat. Les onguents qui contiennent des oxydes et des sels minéraux sont des topiques détersifs qu'on négligerait à tort; ils ont d'ailleurs l'avantage, au besoin, d'exciter favorablement les ulcères; il faut savoir cesser leur emploi, quand cette excitation devient trop forte et lorsque, en la prolongeant, la cicatrice ne marche pas.

M. Réveillé-Parise applique des plaques de plomb sur les ulcères, et met par-dessus des compresses et un bandage roulé; ce moyen réussit très-souvent.

On emploie la charpie râpée pour exciter l'ulcère;

elle a l'inconvénient d'accumuler le pus sous elle, d'adhérer aux bords de la solution de continuité, et de les déchirer; elle est d'un usage peu fréquent.

On a vanté la poudre de chaux, de charbon : ces substances conviennent, lorsque l'ulcère est blafard, que la constitution du sujet est faible et que les bourgeons charnus ne sont pas trop développés.

E. Home préconise la poudre de rhubarbe; elle est excitante; je ne l'ai jamais employée.

Le monésia, médicament nouveau, peut être mis en usage, à la surface de l'ulcère, en poudre ou sous forme d'onguent; ce médicament excitant est avantageux : je l'ai vu à l'hôpital de la Pitié cicatriser promptement des ulcères rebelles qui avaient résisté à un grand nombre d'autres moyens.

On excite encore les ulcères par l'application du coton ou de la laine : on imbibe la charpie ordinaire avec une décoction détersive; on lave l'ulcère avec de l'eau animée par l'alcool, le vinaigre ou le muriate de soude : on a quelquefois recours à l'irritation galvanique de la surface ulcérée.

Un moyen très-avantageux, pour remplir l'indication dont nous nous occupons, est le suivant : on couvre la solution de continuité avec une poudre composée de cinq parties d'amidon et d'une partie de sulfate acide d'alumine. N'oublions pas aussi de signaler les bons effets de l'application locale du calomel.

Mais quand on est obligé de cesser l'usage du cata-

plasme émollient, lorsque la surface rosée de l'ulcère annonce que les propriétés vitales ont assez d'énergie, on panse avec la compresse fenêtrée enduite de cérat et de la charpie ordinaire mise par-dessus; on peut encore couvrir les bords de la solution de continuité et cinq millimètres environ (deux lignes) de sa surface avec des bandelettes cératées; la charpie est alors mise à nu sur le reste de l'ulcère. Si la cicatrice marche souvent de la circonférence au centre, elle peut aussi se former dans divers points de l'ulcération : alors elle s'établit en marchant en sens inverse; c'est sur ses bords et autour d'elle qu'on applique encore, d'après les principes que nous venons d'indiquer, les moyens propres à la protéger.

Des auteurs même très-modernes, avancent que le pus de bonne nature est une liqueur douce, onctueuse, émolliente; je crois, en vérité, que cette vieille erreur est de la part de ces messieurs une mauvaise plaisanterie : car ce liquide appliqué contre un os y produit trop souvent la nécrose ou la carie; logé même en très-petite quantité dans l'épaisseur d'un membre fracturé, il y détermine des symptômes graves, et il occasionne presque immédiatement des phénomènes généraux très-alarmants : vous avez ouvert un phlegmon sous-aponévrotique; la peau n'est pas enflammée; vous donnez issue à la matière purulente, elle est d'une excellente nature; elle se répand autour de l'incision, elle y séjourne; elle rougit presque toujours les téguments; jugez ainsi de ses propriétés émollientes : nous croyons

qu'elle est excitante. D'après ces considérations, nous conseillons de panser, deux ou trois fois par jour, les ulcères qui sont un peu irrités, afin de les soustraire au séjour et à l'accumulation du pus à leur surface. C'est alors qu'il faut les laver et ne pas les essuyer. Les pansements sont plus fréquents en été, et lorsque la suppuration est très-abondante.

La plupart des ulcères doivent être pansés une fois par jour; il est difficile d'indiquer des règles positives à cet égard.

Richerand dit : « Magatus cite l'exemple d'une jeune » fille qu'il guérit d'un large ulcère à la cuisse, en la » pansant seulement tous les trois ou quatre jours, » tandis que ce pansement était auparavant répété sans » fruit deux fois chaque jour. Paré tint la même con- » duite, et obtint le même succès dans le traitement » du seigneur *de Vaudeuil :* aussi ne veut-il pas qu'on » *déshabille* trop souvent les ulcères. Il proscrit égale- » ment la méthode d'absterger avec trop de soin le pus » qui les couvre. »

Pourquoi ces deux auteurs obtinrent-ils des succès aussi brillants? D'après un grand nombre de faits que j'ai observés, je crois que les ulcères étaient frappés d'atonie, et qu'ils avaient besoin, pour les exciter, de la présence du pus et de pièces d'appareil excitantes. Dans les cas de ce genre, il faut imiter Magatus et A. Paré. Faisons toujours, autant que possible, la chirurgie des indications.

Lorsque l'irritation est suffisante pour la cicatrisation de l'ulcère, essuyez-le légèrement, dans la crainte de trop exciter : si au contraire les propriétés vitales languissent, abstergez scrupuleusement la surface dénudée.

On met fréquemment en usage le nitrate d'argent fondu, pour réprimer les bourgeons charnus *luxurieux;* il a encore la propriété de donner du ton aux tissus.

Mais si le sujet est faible, on administre à l'intérieur le vin de quinquina, la poudre ou l'extrait de cette substance : les préparations antiscorbutiques sont très-utiles; le malade prend du vin généreux; son régime est tonique; l'usage des boissons émollientes et des aliments doux convient aux individus forts. On surveillera avec la plus grande attention les effets des amers, des toniques, sur le canal intestinal, car lorsqu'on les emploie longtemps, surtout chez les vieillards, la langue peut devenir sèche, et souvent il se développe bientôt un état adynamique auquel les malades résistent rarement : l'autopsie montre alors une gastro-entérite chronique.

Les indurations résistent aux moyens antiphlogistiques que nous avons indiqués; on sait que la cicatrice se forme difficilement sur les tissus anormaux, qu'elle s'y déchire plus souvent; il faut donc mettre en usage d'autres médications propres à dissiper les callosités des ulcères.

Si l'élément inflammatoire existe, c'est-à-dire si l'induration est douloureuse au toucher, si elle offre une

augmentation de caloricité, on applique des sangsues en assez grand nombre à la partie supérieure de la jambe; on suit les principes que nous avons établis au chapitre des tumeurs blanches.

Lorsque la subinflammation a disparu ou quand elle est presque nulle, on met en usage la pommade d'iodure de plomb, les sangsues en petit nombre et la compression, d'après les préceptes établis au chapitre des tumeurs blanches.

Ces moyens échouent : on les remplace en touchant l'ulcère avec le protonitrate acide liquide de mercure : nous avons indiqué, au chapitre *dartres rongeantes*, les règles qu'on doit suivre quand on met ce médicament en usage; il est très-avantageux; je l'ai vu réussir, sur des sujets où la maladie semblait être au-dessus des ressources de l'art.

Les médicaments les plus héroïques ne sont pas toujours couronnés de succès; il est, en effet, des cas dans lesquels le protonitrate acide liquide d'hydrargyre ne dissout pas les callosités et ne cicatrise pas les ulcères; on se retranche alors sur les scarifications, conseillées par A. Paré; mais il faut savoir les manier : afin d'éviter des répétitions fastidieuses, nous renvoyons le lecteur au chapitre des *incisions pratiquées sur les tissus lardacés*, etc.; il y trouvera les préceptes que nous avons établis. Ces scarifications sont très-avantageuses : j'en ai donné la preuve, un grand nombre de fois, à l'hôpital de la Pitié.

On a encore conseillé de pratiquer de profondes incisions sur les callosités, pour en obtenir la résolution : ce moyen ne peut être employé que dans les cas extrêmes; encore, faut-il qu'on ne soit pas obligé de diviser trop largement les tissus, car on produirait des plaies dont la guérison se ferait très-longtemps attendre, et qui seraient suivies de cicatrices fort étendues dont on connaît les graves inconvénients; si à la suite de cette opération qui compte des succès, il survenait une inflammation aiguë, on se hâterait de la combattre, à l'aide des antiphlogistiques, dans la crainte de la voir produire la gangrène. N'omettons pas de faire observer que ces incisions peuvent exposer à la résorption purulente, et compromettre la vie des malades.

Une induration résiste à tous les médicaments sur lesquels nous venons d'insister; peu étendue, elle est comme cartilagineuse; on la cerne à l'aide de deux incisions semi-elliptiques; on la dissèque; on l'enlève comme une tumeur : ainsi l'on convertit un ulcère très-rebelle en une solution de continuité récente qui se cicatrise facilement.

Les scarifications, les incisions et l'ablation des indurations sont rejetées, quand il s'agit d'un ulcère variqueux.

Dès l'année 1825, j'ai mis en usage le chlorure d'oxyde de sodium, pour obtenir la cicatrisation des ulcères : on verra, dans la *Revue médicale*, 1826, que e n'ai jamais conseillé d'employer ces moyens empiri-

quement, comme on pourrait le croire, en lisant certains livres dans lesquels mes idées ont d'ailleurs été travesties : honneur soit donc rendu à la loyauté et à l'extrême bonté des excellents confrères qui ont imaginé mettre fin à nos justes réclamations, en répandant dans le monde que nous les attaquions injustement tous les jours !

Quand on a recours au chlorure, il est des indications à saisir; nous allons les poser : il faut que la solution de continuité soit détergée, que les bourgeons charnus soient normalement développés, et que la cicatrice soit commencée. Sans ces conditions, le médicament serait même nuisible, car il tannerait, pour ainsi dire, la surface de l'ulcère; il s'opposerait au développement des phénomènes de la cicatrisation; ses effets sont presque toujours nuls, lorsqu'on l'applique sur des chairs luxurieuses ou sur des indurations.

On emploie ordinairement le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés (bertholimètre de Decroizilles) : nous avons dit, au chapitre *Brûlures*, pourquoi, suivant les circonstances, on devait augmenter ou diminuer l'activité de ce médicament. Les préceptes étant les mêmes pour les ulcères, il serait inutile de les répéter ici. Nous avons encore exposé, dans le même chapitre, les modes d'action de ce topique; nous avons indiqué l'exsudation plastique et les cicatrices avantageuses qu'il produit, nous ne reviendrons pas sur ces faits importants; nous avons aussi parlé du mode de pansement.

Si le chlorure est employé contre les ulcères, suivant les indications que nous avons exposées, on obtient presque constamment, en huit ou quinze jours, ce qu'on n'aurait pas ordinairement obtenu en cinq semaines ou deux mois par les autres moyens. Mon prosecteur et mon ami, M. Ricard de Troyes, a publié en 1826 une excellente thèse sur le sujet qui nous occupe.

Certains ulcères sont entretenus par le décollement de leurs bords; le chlorure d'oxyde de sodium peut suffire, pour ranimer la peau et pour produire une exsudation plastique à l'aide de laquelle les téguments se cicatrisent avec les parties sous-jacentes; on voit ensuite le tissu inodulaire fermer rapidement le reste de la solution de continuité.

Ce médicament échoue, dans un grand nombre de circonstances; on le remplace par le protonitrate acide liquide de mercure qui réussit souvent; nous avons indiqué, au chapitre *Fistules*, la manière dont on doit manier ce médicament; enfin, si les bords décollés de l'ulcère ne se cicatrisent point, sous l'influence des incisions auxquelles on les soumet, et à l'aide des topiques excitants avec lesquels ils sont mis en contact, on les enlève.

Ai-je besoin de dire que si la peau est incisée, il devient plus facile d'employer le protonitrate acide liquide de mercure, et qu'alors il produit des effets plus avantageux.

Il n'est pas rare de rencontrer des ulcères qu'on croyait

à tort être entretenus par des vices ou des virus dont l'économie aurait été entachée, se cicatriser complétement et même avec rapidité, sous l'influence des moyens que nous venons d'indiquer.

Si les bourgeons charnus sont très-développés, très-durs ou très-mous, le nitrate d'argent fondu est insuffisant pour les réprimer; on les enlève avec les ciseaux courbes sur le plat.

Pour guérir l'ulcère muqueux, on doit détruire le tissu accidentel qui tapisse sa surface; presque toujours l'action du chlorure, des décoctions aromatiques, des onguents, du nitrate d'argent fondu est trop faible, pour atteindre ce but. Le proto-nitrate acide liquide de mercure obtient souvent de très-brillants succès; son mode d'application est le même que dans les cas précédents. Il devient quelquefois indispensable de tondre la surface de la solution de continuité, dans toute son étendue, avec des ciseaux courbes sur le plat; les parties de tissus muqueux accidentels qui échappent à l'action de l'instrument, se frappent de mort ou reviennent à l'état normal; des bourgeons charnus de bonne nature se développent et bientôt la cicatrice entière de l'ulcère a lieu.

Il ne suffit pas d'obtenir la cicatrice des ulcères; un point non moins important, c'est qu'elle ne se déchire pas; le froid et l'humidité lui sont souvent fort nuisibles. Le tissu inodulaire se détruira d'autant plus facilement, qu'il sera plus étendu en surface et en profondeur, qu'il sera plus récent, qu'il adhérera aux

parties sous-jacentes, qu'il sera davantage soumis à la stase du sang.

Pour prévenir la rupture de la cicatrice, on évite le froid et l'humidité ; le malade porte un bas lacé fait, soit avec la toile de coutil, soit avec la peau de chien ; le premier de ces tissus a l'inconvénient, quelques précautions qu'on prenne, de former des plis qui peuvent irriter le point cicatrisé et devenir la cause de l'accident qu'on voulait éviter; ces plis donnent encore lieu à une compression inégale qui gêne la circulation qu'on devait favoriser ; le bas de peau de chien se moule beaucoup mieux sur le membre, nous lui donnons la préférence.

Mais on conseille d'appliquer le bas lacé de manière qu'il embrasse très-exactement tous les points de la circonférence du membre et qu'il exerce sur eux une pression égale assez forte; ces principes sont dangereux, je vais le prouver : on ne s'est en effet pas souvenu que, pendant la marche, les muscles gagnent en épaisseur ce qu'ils perdent en longueur (*voyez* les expériences de Glisson); or, quand le malade se livrera à l'exercice, qu'arrivera-t-il? lors des contractions musculaires, la jambe augmentera davantage de volume sur le point qui constitue le mollet que partout ailleurs, d'où naîtra infailliblement beaucoup de gêne dans la circulation veineuse superficielle : de là la stase du sang, contre laquelle le moyen dont nous nous occupons était dirigé. Il est donc alors plutôt nuisible

qu'utile, confectionné comme nous venons de le dire : il vaudrait mieux ne pas l'employer. Je propose de le serrer un peu moins sur le mollet que sur le bas de la jambe ; pour l'empêcher de descendre on l'attache au caleçon : ainsi, au lieu de ralentir le cours du sang il le facilitera. La partie du bandage qui correspond au mollet pourrait même être faite avec du caoutchouc. Depuis quelque temps on emploie des bas fabriqués avec cette substance : la trame en est en fil et la chaîne en gomme élastique ; ils sont très-avantageux : il est fâcheux que leur prix trop élevé ne les mette pas à la portée de tout le monde.

Toutes les ressources de l'art sont trop souvent insuffisantes pour empêcher la récidive des ulcères : les cicatrices récentes sont mal organisées ; si le malade marche immédiatement après leur formation, elles se congestionnent d'abord, elles deviennent plus rouges ; bientôt la stase du sang leur donne une couleur bleu foncé ; elles se rompent, elles se détruisent, et les ulcères sont rétablis. Ainsi, un très-grand nombre de malades sont forcés de garder le repos une partie de l'année ; peu à peu les ulcérations s'étendent ordinairement davantage en surface et en profondeur ; elles font éprouver aux tissus sur lesquels elles siégent des transformations organiques qui rendent la guérison beaucoup plus difficile ; elles exercent souvent une influence délétère sur toutes les fonctions et plus spécialement sur celles du canal intestinal ; elles peuvent

d'ailleurs, quand on est parvenu à les guérir, avoir accoutumé l'économie à un exutoire qu'il n'est pas toujours facile de remplacer, même dans les cas qui paraissent les plus simples; elles deviennent trop fréquemment rebelles à la suite de ces récidives et exigent des opérations graves qui compromettent la vie des malades.

Mais à mesure qu'elles vieillissent, les cicatrices s'organisent de mieux en mieux : elles blanchissent, elles diminuent d'épaisseur, elles se rétrécissent, elles deviennent de plus en plus solides. J'ai vu sur de vieux soldats qui avaient fait les guerres de la révolution et de l'empire, de larges et profondes cicatrices siégeant sur la partie inférieure des jambes; elles s'étaient conservées intactes après les longues et pénibles marches auxquelles ces braves s'étaient livrés même pendant l'intempérie des saisons. J'appris de ces militaires qu'elles s'étaient formées lorsqu'ils étaient encore enfants, époque à laquelle ils ne marchaient pas ou ne faisaient qu'un léger exercice; on sait d'ailleurs qu'à cette époque les causes de la stagnation du sang sont moins nombreuses; le tissu inodulaire avait donc pu s'organiser entièrement avant d'être soumis à l'action des puissances qui, mises en jeu à un âge plus avancé, le détruisent si souvent.

Je pensai que si, après la formation de la cicatrice, les malades, au lieu de marcher immédiatement, voulaient se soumettre au repos du membre pendant trois

ou six mois, suivant la gravité des circonstances, nous obtiendrions des résultats aussi heureux, surtout quand l'on mettrait alors en usage le bas lacé fait d'après les principes que nous avons indiqués. J'ai mis ces idées en pratique et j'ai montré à l'hôpital de la Pitié des malades sur lesquels elles ont parfaitement réussi. Dans un excellent mémoire sur l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium contre les ulcères, M. Michel Klimatis a signalé les succès que nous avions obtenus par cette méthode, dont nous avons déjà parlé au chapitre *Brûlures*.

On a encore conseillé, pour guérir les ulcères variqueux, des opérations et des instruments destinés à oblitérer les veines superficielles qui les entretiennent; mais, personne ne l'ignore, ces moyens peuvent devenir très-dangereux et même funestes : l'expérience l'a démontré trop souvent quand les procédés opératoires n'étaient pas perfectionnés, et lorsque la thérapeutique ne possédait encore que de faibles ressources pour combattre la phlébite. Elle est maintenant beaucoup moins commune, et jusque aujourd'hui je l'ai toujours combattue avec succès, en appliquant des sangsues en grand nombre, immédiatement au-dessus du point enflammé de la veine, c'est-à-dire entre ce point et le cœur. Rappelons néanmoins qu'il n'est pas de méthode de traitement, quelque bonne qu'elle soit, qui n'échoue quelquefois.

Pour faire rejeter une opération qui blessait leur jalousie, des confrères malveillants, insistant sur ses

dangers, ont prétendu qu'on la pratiquait dans tous les cas : c'est là un de ces mensonges dont ils ne sont pas assez avares : il est, en effet, des indications à saisir ; les voici : nous les avons depuis longtemps signalées dans nos cours, et nos élèves les ont reproduites dans leurs écrits.

Si l'ulcère a résisté à tous les moyens thérapeutiques; si, en d'autres termes, il est impossible de le guérir ; s'il condamne le malade au repos absolu, s'il met sa vie en danger, s'il nécessite l'amputation, il faut attaquer la veine. On objectera peut-être que cette opération est plus dangereuse que la soustraction du membre ; mais les succès obtenus par E. Home, Béclard, Physick, Dorsey, Brodie, Velpeau, etc., etc., et par nous-même, répondent victorieusement à cette objection. Il est vrai que, dans quelques cas assez rares, l'ulcère récidive ; mais une seconde opération peut en débarrasser complétement le malade, et sans l'exposer aux chances infiniment plus défavorables d'une amputation. Il n'est pas besoin de dire que chez un vieillard débile et chez un sujet dont les viscères ne seraient pas sains, nous n'opérerions pas.

Lorsque les varices sont compliquées d'une subinflammation, qu'elles sont douloureuses, qu'elles augmentent la caloricité du membre, les moyens destinés à obtenir l'oblitération de la veine exposent beaucoup plus au développement d'une phlébite aiguë, qui peut pénétrer dans l'une des grandes cavités de l'économie.

On met alors en usage le repos, les cataplasmes émollients et un régime convenable; on fait pratiquer au bras des saignées d'abord spoliatives, et ensuite révulsives; on répète plus ou moins ces dernières, suivant les indications. On attend, pour opérer, que la phlegmasie ait disparu; il est des cas dans lesquels six semaines et même deux mois sont nécessaires pour atteindre ce but.

Quel que soit le moyen qu'on mette en usage, il est dangereux de l'appliquer sur le point dilaté du vaisseau, ou très-près des varices; car très-souvent alors la veine variqueuse est légèrement enflammée, et l'on s'expose à enter une phlegmasie aiguë sur une phlegmasie chronique.

On opère ordinairement à la partie supérieure de la jambe, au-dessous des condyles du tibia; si la veine est malade plus haut, on préfère le côté interne et inférieur de la cuisse : en attaquant la veine trop près de l'abdomen, on s'expose à voir se développer une phlébite qui pourra pénétrer d'emblée dans la cavité abdominale, et que rien alors ne saura arrêter.

Il est important d'agir au-dessus des veines collatérales; sans cette condition, le vaisseau ne serait pas oblitéré dans une étendue suffisante pour obtenir la guérison des varices et de l'ulcère.

Si la solution de continuité siége sur le côté interne de la jambe, on opère sur la saphène interne; on attaque, au contraire, l'externe, si l'ulcère occupe cette

région du membre. On n'oubliera pas que ce dernier vaisseau est quelquefois double.

Mais ces deux veines ou leurs branches baignent l'ulcère situé sur la ligne médiane, et plus ou moins sur les faces latérales de la jambe; on doit agir sur ces deux vaisseaux.

Il peut arriver qu'à l'aide d'une branche volumineuse et courte, le système veineux superficiel communique avec le système veineux profond, au-dessous du point où vous avez opéré; alors la circulation continue dans la veine superficielle, et la récidive de l'ulcère a lieu. M. Michel Klimatis cite, dans la *Revue médicale*, l'observation d'une femme sur laquelle j'ai pratiqué une première opération suivie de récidive; j'opérai une seconde fois; je fus assez heureux pour mettre à découvert le point de la saphène interne où s'observait l'anomalie dont je viens de parler; je la sacrifiai, et j'obtins cette fois une guérison radicale.

Lorsqu'il existe deux ulcères, l'un sur le côté interne et l'autre sur le côté externe de la jambe, on attaque les deux veines saphènes.

Occupons-nous des moyens employés pour obtenir l'oblitération des veines. On en a proposé un très-grand nombre; les anciens mettaient en usage la compression faite, soit avec un bandage roulé, soit avec un bas lacé; ses succès sont infiniment rares : elle est en général rejetée aujourd'hui; elle pourrait avoir de graves inconvénients, si elle était mise en usage lorsqu'il existe de

la douleur; elle exposerait alors à augmenter ou à faire naître une phlébite : j'ai observé deux sujets chez lesquels cette phlegmasie se développa, même sans cause connue; on mit seulement en usage des cataplasmes émollients; l'inflammation pénétra dans l'abdomen, et les malades succombèrent. On ne comprimera donc pas, dans le cas où les veines seront douloureuses. J'insiste sur ce précepte, parce que j'ai vu beaucoup de praticiens qui, n'ayant pas d'ailleurs l'intention d'oblitérer les vaisseaux, ont employé cette méthode sans saisir les indications, et ont déterminé des accidents très-sérieux.

L'instrument très-ingénieux de M. Breschet n'est applicable qu'aux varicocèles, dont nous ne devons pas nous occuper. La pince de M. Sanson est une imitation heureuse de cet instrument; les deux mors de cette pince s'appliquent sur un pli fait à la peau, et dans lequel la veine est renfermée. Je laisse à l'expérience le soin de faire connaître la valeur de ce moyen; il n'est pas besoin de dire qu'il est des cas dans lesquels la peau ne peut être plissée.

La piqûre des veines, imaginée par Hippocrate, mise en pratique par A. Paré et Dionis; la cautérisation dont parle Celse; les plaques de plomb que Dionis appliquait sur le vaisseau mis à nu; l'incision suivie de l'arrachement de la veine, sont rejetées.

Les sétons passés dans la veine par M. Fricke, ont eu le même sort; ils déterminent trop souvent la phlé-

bite. Les deux épingles de M. Davat, dont l'une passe sous le vaisseau, et dont la seconde, placée parallèlement à l'axe de la veine, la traverse de part en part au-dessus et au-dessous de la première, sont dangereuses, et ne resteront dans la science que comme fait historique : on sait qu'elles sont embrassées par la suture entortillée.

L'incision faite sur toute l'étendue des varices, a été pratiquée par Richerand : elle fournit une plaie très-étendue; les veines ouvertes et débarrassées de leurs caillots, sont soumises au contact de l'air et des pièces d'appareil, d'où naissent souvent des inflammations dont il serait inutile d'indiquer les dangers.

Les anciens pratiquaient la ligature de la veine après l'avoir coupée; le bout supérieur ne doit pas être lié.

Home, Travers, Béclard, conseillent de faire un pli sur la peau qui recouvre la veine, d'inciser ce pli, de passer sous le vaisseau, ainsi mis à découvert, un stylet aiguillé conduisant un fil. Quand la ligature est serrée, ces auteurs coupent la veine au-dessus d'elle. Ce procédé compte beaucoup de succès : M. Briquet dit, dans sa thèse, n'avoir vu que deux fois des accidents graves, sur plus de soixante opérés.

M. Brodie incise la peau sur l'un des côtés de la veine, glisse sous le vaisseau un bistouri légèrement concave sur son tranchant, et le coupe dans toute son épaisseur et dans toute sa circonférence. Quoi qu'en aient dit quelques personnes, ce moyen a de la valeur.

On peut appliquer à la section des veines, la ponction sous-cutanée de M. Jules Guérin. Un pli est pratiqué avec les téguments, à six centimètres (deux pouces) au moins du vaisseau; on fait sur la base de ce pli une incision de cinq millimètres (deux lignes) de longueur environ; elle pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané; on y introduit un bistouri mousse, étroit et tranchant sur la légère concavité qu'il présente; il glisse à plat, d'abord sous la portion plissée des téguments; il glisse ensuite sous la peau placée entre elle et le vaisseau derrière lequel il s'engage: alors l'opérateur dirige son tranchant en avant; puis il soulève légèrement sa pointe en abaissant son talon; il lui imprime de légers mouvements de va-et-vient, et la veine est bientôt coupée dans toute son épaisseur et dans toute sa circonférence. Pour l'empêcher de fuir sous l'action de l'instrument, on a soin de l'assujettir; à mesure que le bistouri est retiré, on le suit avec le pouce ou le doigt indicateur, qui exerce sur les téguments, jusqu'à l'orifice externe de la plaie, une compression destinée à s'opposer à l'introduction de l'air: l'on se hâte de mettre sur cet orifice un morceau de diachylon gommé.

On a craint trop longtemps à tort les effets du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané; les nombreuses opérations pratiquées par M. J. Guérin en ont prouvé l'innocuité: il n'est pas à ma connaissance qu'il soit survenu encore le moindre effet fâcheux.

On objectera sans doute la difficulté de la section complète de la veine; j'ai fait des essais sur le cadavre, et je ne comprends guère cette difficulté : Je conçois cependant qu'il est possible, à la rigueur, de ne pas diviser le vaisseau dans toute son épaisseur et dans toute sa circonférence; mais cet accident doit être extraordinairement rare : la continuation de la circulation dans la veine, la persistance de l'ulcère, exigeraient qu'on recommençât l'opération.

Si l'on craignait que les deux bouts du vaisseau, résultant de sa section, ne se fussent pas assez rétractés pour les empêcher de se cicatriser entre eux, on appliquerait un point de compression sur l'endroit même où la veine a été divisée. Je ne sache pas qu'on ait encore proposé et mis en usage la section sous-cutanée de M. J. Guérin, pour obtenir la guérison des ulcères; je l'ai appliquée une seule fois sur le vivant : elle m'a parfaitement réussi, aucun accident n'est survenu. Tout porte à croire que ce procédé continuera à jouir des plus brillants succès; mais comme, en définitive, tout dans nos sciences doit être soumis au creuset d'une longue expérience, il faut attendre pour juger en dernier ressort la valeur de ce moyen.

On a pratiqué la section simple de la veine, soit après l'avoir mise à découvert, soit en traversant à sa base un pli fait à la peau et dans lequel elle est renfermée; ce pli est divisé de son bord adhérent à son bord libre : la compression qu'on établit, dans la plaie,

pour arrêter l'hémorrhagie, concourt beaucoup au développement de la phlébite.

La résection, pratiquée au temps de Celse, mise en usage par Albucasis, Paul d'Égine et Avicenne, a les mêmes inconvénients; mais nous l'avons modifiée, et nous croyons qu'alors elle offre des avantages. Avant nous on, réséquait le vaisseau pour enlever les varices; nous le réséquons, comme on le verra bientôt, pour éviter l'inflammation : voilà ce que nous nous approprions, car nous n'avons jamais prétendu, ainsi qu'on l'a dit, avoir imaginé l'excision d'une portion de veine.

Nous allons exposer notre procédé opératoire; mais avant tout, nous devons nous justifier du reproche d'étourderie qui nous a été adressé par un de nos confrères.

Ce n'était pas assez pour M. Velpeau de torturer Marius deux fois de suite dans la même page; il fallait encore qu'il torturât, un peu plus loin, le compte rendu de l'une de nos leçons cliniques : nous laisserons M. Velpeau exciser, extirper et cautériser à son gré les varices de l'illustre général romain; tout cela est fort innocent. Dans son langage qu'il faut si souvent traduire en français, il interprète sans doute fort mal les anciens; nous ne lui adresserons aucun reproche à cet égard, car nous n'ignorons pas combien il faut être indulgent envers lui, lorsqu'il s'agit des langues anciennes; mais la *Revue médicale* de 1826 n'étant rédigée ni en grec ni en latin, nous ne saurions accorder

à M. Velpeau le droit d'exposer avec infidélité nos opinions sur l'excision des veines. Citons textuellement, afin de montrer que l'auteur en question se fait remarquer par son imperturbable suffisance plutôt que par sa bonne foi et par son exactitude.

« En se rétractant sous les lèvres de la plaie, les deux » bouts de la veine cessent aussitôt d'être soumis à l'in» fluence de l'air extérieur, action qui, d'après M. Bro» die, est une cause puissante de phlébite. Cette der» nière raison est complétement hypothétique, et ne » méritait pas qu'un chirurgien de Paris vînt lui accor» de tant de valeur, en la donnant comme de lui. Dire » que, si l'on n'enlève pas un pouce de chaque bout de » la veine sous la peau, l'air peut amener une phlébite » capable de tuer *en vingt-quatre heures*, est une » ÉTOURDERIE que je n'ai pas besoin de faire ressortir. » *Revue médicale*, 1826, t. Ier, p. 29. (*Nouveaux Éléments de médecine opératoire*, par M. Velpeau; seconde édition.)

Le chirurgien de Paris, c'est nous; l'auteur de l'article incriminé est M. Ph. Ricord, alors attaché à notre service en qualité d'élève interne. Nous avons relu avec attention la *Revue médicale*, en nous conformant à l'indication bibliographique de M. Velpeau; tout ce que nous y avons trouvé, relativement à la section des veines, se réduit à la note suivante que nous allons rapporter en entier, sans rien changer à la rédaction de M. Ricord.

Sur la résection des veines.

« Nous avons obtenu à l'hôpital de la Pitié, sur un » assez grand nombre de malades, de très-bons effets » de la résection des veines pour la cure des ulcères » variqueux. Dans tous les cas, on a emporté environ » deux pouces et demi du principal tronc, auquel abou- » tissaient toutes les branches dilatées des veines venant » de l'ulcère.

» Le procédé opératoire mis en pratique par M. Lis- » franc, d'après une observation que j'ai faite, et dont » on lira les détails dans le prochain numéro, qui ren- » fermera un grand nombre d'observations, consiste à » mettre le tronc veineux à découvert dans une éten- » due de deux pouces et demi, et cela immédiatement » au-dessus des principales branches, afin de l'attaquer » le plus bas possible, de le dénuder du tissu cellulaire » qui l'enveloppe, ensuite de le couper avec des ciseaux » au-dessous de chaque angle de la plaie faite à la peau, » pour qu'après l'opération les deux bouts, cachés par » ce moyen sous les téguments, soient à l'abri du con- » tact de l'air très-irritant, et se trouvent de plus éloi- » gnés de telle manière, que l'inflammation déve- » loppée sur un bout ne puisse pas communiquer à » l'autre.

» Les pansements, les suites des opérations, heu- » reuses dans tous les cas, seront indiqués avec beau-

» coup de soin dans chaque observation en particu-
» lier. »

Voilà les passages mis en regard; le lecteur peut actuellement les comparer, et apprécier la loyauté des attaques de M. Velpeau.

Pour pratiquer la résection de la veine, je la mets à découvert dans l'étendue de six centimètres (deux pouces) environ; je divise lentement et couche par couche les tissus qui la recouvrent, en promenant le bistouri horizontalement sur eux, comme si je voulais mettre une artère à nu; je glisse ensuite des ciseaux courbes sur le plat à un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) de profondeur sous chacun des angles de la solution de continuité, et je fais d'un seul coup la section du vaisseau : pendant ce temps de l'opération, un aide comprime à travers la peau le point que je resèque, afin de le préserver du contact de l'air; j'enlève ensuite la portion de veine comprise entre mes deux sections; je réunis par première intention, et je remplace immédiatement les doigts de l'aide par des compresses graduées peu épaisses, sur lesquelles j'exerce une compression légère avec quelques circulaires de bande.

M. Ricord, qui était attaché à mon service, à l'hôpital de la Pitié, avait observé que les bouts de veine mis en contact avec l'air s'enflammaient même avant l'application du premier appareil auquel on avait recours aussitôt que l'opération était terminée : cette importante

observation me donna l'idée de mettre en pratique le procédé que je viens de décrire; depuis que je l'ai mis en usage, je n'ai presque jamais vu survenir la phlébite. MM. Michel Klimatis et Ricord ont signalé les succès que j'ai obtenus.

Après la résection de la veine, le malade sera mis au régime exigé par les grandes opérations. Cette précaution me paraît indispensable, quel que soit le procédé opératoire auquel on ait recours; car il est évident qu'on doit toujours redouter la phlébite. On lève l'appareil le lendemain du jour qu'il a été appliqué; on surveille, dans tous les cas, avec une très-grande attention ce qui se passe sur le vaisseau, car son inflammation est d'autant plus facile à combattre qu'on l'attaque dès son début : on sait que jusqu'aujourd'hui je suis toujours parvenu à l'enlever en appliquant des sangsues suivant le principe indiqué plus haut.

M. Franc conseille de pratiquer sur la peau un pli renfermant la veine; il met sous elle une épingle et, à l'aide d'une suture entortillée, il arrête la circulation veineuse en comprimant le vaisseau entre la tige métallique et le fil.

Si l'on ne peut pas plisser les téguments, on pique à côté de la veine, on passe l'épingle sous elle et l'on fait sortir sa pointe du côté opposé.

M. Velpeau, qui revendique le procédé de M. Franc, avance (t. II, p. 271, *Nouveaux Éléments de médecine opératoire*, deuxième édition) qu'il l'a *imaginé*

en 1830, qu'il l'a *essayé* sur des animaux et qu'il l'a *mentionné en passant* dans la première édition de son ouvrage publié en 1832. M. Velpeau n'indique pas l'endroit de son livre où est consignée la preuve de sa réclamation ; nous avons lu avec la plus scrupuleuse attention les articles *Sutures*, *Ligatures* et *Varices* de cette première édition ; nous n'y avons rien trouvé qui ressemblât au procédé de M. Franc, qui, jusqu'à plus ample information, demeure possesseur de son invention ; car la priorité appartient à celui qui a publié le premier : sans cette condition, il n'y aurait plus de op riété scientifique, et lorsqu'une découverte serait imprimée, chacun pourrait dire : « Je l'avais imaginée. »

M. Velpeau place ordinairement deux ou trois épingles : il fait observer que l'on peut en mettre sur toutes les veines dilatées, et en appliquer successivement huit, dix et même quinze sur un seul membre ; il pense q e la suture entortillée n'exerce pas une constriction suffi nte ; il donne le précepte de passer circulairement une an de fil sous les extrémités de chaque tige métallique et étrangler ainsi fortement les tissus : mais on arrive a même résultat en serrant avec la même force la suture tortillée. J'ai déjà dit qu'il était dangereux d'opérer les veines dilatées, dans la crainte d'y enter une phleg e aiguë sur une phlegmasie chronique : or, suivant nou procédé de M. Franc, très-avantageux quand on l'en sur des parties saines du vaisseau, a de graves inconv ts lorsqu'on l'applique

sur des varices : ce moyen de constriction reste en place six, douze ou quinze jours ; si, après ce laps de temps, les tissus mortifiés par l'étranglement ne se détachent pas d'eux-mêmes, on doit enlever l'épingle ; à cette époque, la veine est oblitérée. On peut reprocher à ce procédé, comme à celui de M. Breschet, d'entraîner à sa suite une plaie résultant de la chute de l'escarre.

M. Ph. Ricord passe sous la veine une aiguille droite portant un fil double ; avec une autre aiguille qui entre et qui sort en sens inverse par les mêmes ouvertures, il glisse au-devant du vaisseau un second fil également double ; il résulte de cette manœuvre qu'il reste à droite et à gauche une anse de fil dans laquelle, de chaque côté, on engage l'aiguille correspondante ; à mesure qu'après l'avoir dépassée, l'instrument s'en éloigne par les tractions qu'on exerce sur lui, on serre le nœud coulant qui est ainsi formé et qui vient embrasser le vaisseau. On emploie ensuite pour maintenir et gradu[illegible]r la constriction le serre-nœud fabriqué par M. Charr[illegible]re. Ce procédé ingénieux offre beaucoup d'avantage[illegible] mais, comme tous les procédés modernes, il a be[illegible]n, pour être jugé définitivement, d'être sanctionn[illegible]ar un très-grand nombre de faits.

A mon avis, les procédés les pl[illegible] favorables pour obtenir l'oblitération des vei[illegible] sont ceux de MM. Franc et Ricord, la secti[illegible]us-cutanée, et enfin la résection de la veine d'a[illegible]es principes que nous avons indiqués.

Mes idées sur la formation des ulcères simples, dits atoniques, et sur les causes qui les entretiennent, me firent penser qu'on pourrait guérir ces solutions de continuité par l'oblitération des veines, bien que ces dernières ne fussent pas variqueuses. J'ai déjà dit que j'étais parvenu à obtenir cet heureux résultat, mentionné par M. Michel Klimatis, dans le Mémoire que j'ai cité plusieurs fois.

Lorsqu'un ulcère simple est très-étendu, qu'il est impossible de le cicatriser, ou que la cicatrice se rompt à chaque instant, que la vie du malade est en danger, qu'il est obligé de garder le repos pendant une grande partie de l'année, il faut, au lieu de pratiquer l'amputation du membre, oblitérer la veine sur le trajet de laquelle siége la solution de continuité : l'expérience a démontré qu'elle guérissait alors tout aussi bien que si elle était variqueuse : j'en ai donné la preuve un grand nombre de fois à l'hôpital de la Pitié. Voici quelques-uns des faits que j'ai montrés à ma clinique.

Un malade, couché dans la salle Saint-Antoine, portait, sur la partie inférieure et interne de la jambe, un ulcère simple non variqueux, qui s'étendait de la malléole interne à la partie inférieure du mollet, et qui embrassait le tiers de la circonférence du membre. La cicatrice de cet ulcère, très-difficile à obtenir, se rompait très-fréquemment, et la santé générale du sujet fléchissait : je pratiquai la résection de la veine saphène interne ; le lendemain même de l'opération, la quan-

tité de pus avait beaucoup diminué; la surface de la solution de continuité offrait un meilleur aspect; déjà, le quatrième jour, la cicatrice marchait avec rapidité; le huitième, je touchai avec le nitrate d'argent fondu les bourgeons charnus trop développés; aucun accident ne survint.

Le dix-huitième jour, la plaie résultant de l'opération était entièrement fermée; je pansai l'ulcère avec le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés: la guérison complète fut obtenue en trois semaines. Le malade séjourna encore un mois à l'hôpital pour consolider sa cicatrice; il porta un bas lacé; la récidive de l'ulcère n'a pas eu lieu.

Une femme de la salle Saint-Augustin était affectée d'un ulcère simple non variqueux, situé au-dessus de la malléole interne : il offrait douze centimètres (quatre pouces) de longueur et neuf centimètres (trois pouces) de largeur; la cicatrice, qu'on obtenait toujours avec beaucoup de lenteur, se rompait très-fréquemment, et cette malheureuse malade était forcée de passer, pour ainsi dire, sa vie dans les hôpitaux; sa santé générale se détériorait d'ailleurs d'une manière très-notable. Je fis la résection de la saphène interne au-dessous de l'articulation du genou; il ne survint aucun accident. Quarante jours suffirent pour obtenir une entière guérison, qui se soutint parfaitement. La malade porta un bas lacé; elle fit pendant plusieurs mois le service d'infirmière dans ma division.

Un homme était affecté d'un ulcère siégeant sur le côté externe de la jambe : il s'étendait depuis un centimètre cinq millimètres (demi-pouce) au-dessus de la malléole externe jusqu'à l'union du tiers inférieur du péroné avec son tiers moyen, et occupait le quart environ de la circonférence du membre ; il n'était pas variqueux ; la cicatrice en était encore très-difficile et très-longue à obtenir ; sa rupture et sa destruction étaient extraordinairement fréquentes. Je pratiquai la résection de la veine saphène externe ; la quantité de pus diminua immédiatement ; dès le sixième jour, les bourgeons charnus offraient un très-bel aspect ; la cicatrice commençait à se développer ; je pansai avec le chlorure d'oxyde de sodium à trois degrés. Une exsudation plastique eut lieu à la surface de la solution de continuité ; elle marcha rapidement de sa circonférence à son centre ; il ne survint aucun accident. Au bout du cinquième septénaire la cicatrice fut complète. Le malade resta à l'hôpital encore un mois ; il porta un bas lacé. La guérison s'est soutenue, comme chez les deux autres individus dont nous venons d'analyser les observations. Nous avons vu cet homme plusieurs mois après son opération ; il n'y a pas eu de récidive.

Quelques chirurgiens ont avancé que l'opération faite pour oblitérer la veine, dans le cas d'ulcères variqueux, devait être proscrite à tout jamais, parce qu'elle ne prévenait pas la récidive, l'oblitération n'ayant pas lieu dans les branches collatérales : on sait que nous

avons, Béclard et moi, pratiqué cette opération un très-grand nombre de fois; la plupart des malades ont pu être suivis pendant plusieurs mois après avoir été opérés, et nous nous sommes convaincus que les récidives étaient extraordinairement rares.

Nous avons fait, à l'hôpital de la Pitié, l'autopsie de sujets sur lesquels autrefois nous avions obtenu la guérison d'ulcères variqueux par l'oblitération de la veine : ces sujets, sur lesquels la cicatrisation s'était soutenue, étaient venus nous demander des soins pour d'autres maladies : nous avons trouvé la saphène interne oblitérée et ressemblant à la veine ombilicale chez l'adulte, depuis le point où nous avions pratiqué la résection jusque sur le gros orteil : les branches veineuses collatérales et un grand nombre de rameaux qui en partaient partageaient cet état; il n'existait sur la jambe aucune trace de varices, et la circulation s'était faite plus spécialement par le système veineux profond.

J'ai vu cependant un très-petit nombre de sujets sur les jambes desquels on observait, près de la saphène oblitérée, quelques légères dilatations veineuses que le bas lacé empêchait d'augmenter et qui d'ailleurs ne rompaient pas les cicatrices.

N'omettons pas de faire observer que si des callosités assez étendues compliquent l'ulcère, la résection de la veine en obtient difficilement la guérison; il faut, avant d'opérer, tâcher de détruire ces indurations.

TUMEURS BLANCHES

DES ARTICULATIONS.

Des inconvénients sont attachés à toutes les définitions qui, dans les sciences physiques, ne peuvent pas exprimer exactement la nature de l'objet défini. On va se convaincre de cette vérité à l'occasion des tumeurs blanches.

Bell donne le nom de tumeurs blanches ou lymphatiques des articulations au gonflement de ces parties qui n'est accompagné d'aucun signe d'inflammation.

La définition suivante, établie par M. E. Margot dans son excellente thèse inaugurale, est préférable : « Nous donnons le nom de tumeur blanche à une » maladie constituée par un engorgement, dans la » plupart des cas lent et dur, des parties molles qui » concourent à former ou entourent une articulation, » engorgement existant avec ou sans altération de l'os » et des cartilages articulaires, pouvant commencer sur » tous les tissus : la maladie débute ordinairement par

» les ligaments, la membrane synoviale, les cartilages » et les os; elle se propage plus ou moins rapidement » du tissu sur lequel elle a commencé à ceux qui l'avoi- » sinent. » On doit ajouter que cette affection se montre avec ou sans inflammation.

J'ai montré à l'Académie royale de Médecine des pièces d'anatomie pathologique qui ne permettaient pas de nier l'existence d'une phlegmasie : je proposai alors de nommer certaines tumeurs blanches, tumeurs rouges, ce qui, soit dit en passant, occasionna un grand scandale parmi les hommes de la coterie.

Les tumeurs blanches peuvent siéger sur toutes les articulations mobiles; on les rencontre plus fréquemment sur les ginglymoïdales, et plus spécialement encore sur l'article fémoro-tibial. Nous rangeons aussi dans ce genre de maladie la coxalgie ou luxation spontanée du fémur, un grand nombre de déviations de la colonne vertébrale, ainsi que l'inflammation chronique des articulations sacro-iliaques.

Un malade adulte couché au n° 20 de la salle Saint-Antoine était affecté, en même temps, de quatre tumeurs blanches : elles siégeaient sur les articulations des genoux et des coudes; leur cause n'était pas scrofuleuse. C'est surtout chez les individus strumeux que l'affection dont nous nous occupons peut être multiple.

La maladie qui nous occupe doit être divisée (Brambilla) en idiopathique et en symptomatique. Nous

rejetons la classification de Bell; elle ne peut pas renfermer toutes les espèces du genre.

Quant à ceux qui admettent des tumeurs blanches du tissu cellulaire, des ligaments, des bourses et des membranes synoviales, des cartilages articulaires, etc., nous pensons que leurs idées reposent sur une observation exacte des faits d'anatomie pathologique; mais nous croyons que le siége de la maladie sur chacun des tissus indiqués ne pouvant pas être révélé, dans la plupart des cas, par la symptomatologie, ces distinctions sont futiles et ne servent qu'à fatiguer la mémoire, et à décourager surtout les jeunes médecins.

Nous donnons le nom de tumeurs blanches idiopathiques à celles que produit une violence extérieure, chez un individu d'ailleurs sain et bien portant. Ce genre de tumeur n'est pas rare, cependant des auteurs recommandables en ont nié l'existence; mais leur opinion ne peut pas être soutenue aujourd'hui, car tout le monde a observé des tumeurs blanches déterminées essentiellement par des causes externes, chez des sujets qui n'offraient aucun antécédent capable de faire croire à l'existence, dans leur économie, d'un vice ou d'un virus.

Si ces faits sont incontestables, il faut néanmoins reconnaître que dans un très-grand nombre de cas la violence extérieure n'est qu'une cause déterminante qui fixe sur l'articulation un principe morbide existant dans l'économie.

Nous appelons tumeurs blanches symptomatiques celles qui reconnaissent pour cause les scrofules, la goutte, le rhumatisme, le scorbut, la syphilis. La plupart des auteurs admettent qu'elles peuvent se développer à la suite des fièvres éruptives, telles que la variole, la scarlatine, etc., des suppressions, des rétrocessions, etc.

Les individus qui portent des déviations siégeant sur les articulations des membres inférieurs, sont souvent affectés de tumeurs blanches, parce qu'alors, le poids du corps étant inégalement réparti, certains points de la jointure sont extraordinairement fatigués : ils s'irritent, ils s'enflamment, ils se tuméfient; le malade guérit comme dans les circonstances ordinaires, mais quand il se livre de nouveau à la marche, l'affection morbide se reproduit presque toujours : il faut nécessairement recourir aux moyens orthopédiques si l'on veut éviter les récidives.

Les uns pensent que les tumeurs blanches existent sans inflammation : cette opinion a régné longtemps dans les écoles, et de là, dans tous les cas, une thérapeutique incendiaire qui force presque toujours de recourir à l'amputation du membre et qui trop souvent fait succomber les malades; les autres croient à une phlegmasie constante, et pour faire tout rentrer dans le cercle de leurs idées, ils admettent même les inflammations blanches.

Je divise les tumeurs blanches en celles qui existent

avec une subinflammation et en celles qui n'offrent aucune trace de phlegmasie; on rencontre encore des cas dans lesquels l'élément inflammatoire est à l'état latent, comme sur la plèvre, sur le péritoine, sur le poumon, etc. : cette distinction, que j'ai émise depuis 1823, me paraît très-importante, puisqu'elle sert de base à nos moyens thérapeutiques. Quelquefois l'inflammation passe à l'état aigu.

Les preuves sur lesquelles reposent les distinctions que je viens d'établir ne sont pas fondées sur le raisonnement, qui peut, dans les sciences physiques, conduire à l'erreur, mais bien, 1° sur la pathologie, 2° sur l'anatomie pathologique, 3° sur la thérapeutique.

1° Si vous interrogez les malades affectés de tumeur blanche, ils vous répondent très-souvent qu'ils éprouvent des douleurs plus ou moins fortes : à quoi tiennent ces douleurs? sont-elles nerveuses? elles n'ont point ce caractère : elles sont inflammatoires. La caloricité est augmentée sur le point malade; cette augmentation de chaleur doit être bien évidemment attribuée à une circulation plus active et à un état phlegmasique des tissus malades.

Mais il est des cas dans lesquels les phénomènes dont nous venons de parler manquent : les malades n'éprouvent pas de douleur; on ne perçoit aucune augmentation de chaleur sur la tumeur : je soutiens qu'ici en général il n'y a pas inflammation; je dis en général,

car une phlegmasie latente pourrait exister; les faits nous ont fait constater quelquefois ce que l'analogie nous portait à admettre; parmi ceux que nous avons recueillis, nous citerons seulement l'autopsie d'un individu qui était traité à l'hôpital de la Pitié pour une tumeur blanche de l'articulation du genou, existant sans aucun symptôme d'inflammation : cet homme se servait de sa jambe et ne souffrait pas; il fit une chute sur la tête; la mort survint en quelques jours : nous trouvâmes enflammées les parties molles qui entrent dans la composition de l'article : le tissu cellulaire environnant la capsule articulaire et les ligaments participaient surtout à cet état ; ainsi la pathologie démontre : 1° que les tumeurs blanches existent tantôt avec des symptômes d'inflammation, tantôt sans ces symptômes; 2° que cependant il peut y avoir une inflammation latente.

2° Jusqu'à nous, on n'avait fait, je crois, l'examen anatomico-pathologique des tumeurs blanches qu'après les amputations des membres, ou après que la maladie avait produit la mort : alors l'affection est très-ancienne, les tissus sont profondément altérés, convertis pour la plupart en une espèce de bouillie et à l'état lardacé : il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, que l'on puisse acquérir, dans ces cas, une bien juste idée de la nature de la maladie.

Nous avons disséqué des tumeurs blanches récentes, les sujets étant morts d'autres maladies. Lorsque la

douleur et l'augmentation de chaleur avaient existé, nous avons constamment rencontré les caractères de l'inflammation sur l'un ou plusieurs des tissus qui entraient dans la composition de la jointure : ces caractères manquaient en général, quand, pendant la vie, on n'avait observé ni douleur, ni augmentation de caloricité; nous disons encore en général à cause de l'inflammation latente : l'anatomie pathologique fournit donc des preuves incontestables en faveur de l'opinion que nous venons d'avancer.

3° Si vous essayez les vésicatoires, la pommade d'hydriodate de potasse, les sétons, les cautères, les moxas, les douches, etc., lorsque le malade éprouve de la douleur et que la caloricité est augmentée dans la tumeur, non-seulement vous ne guérirez presque jamais, mais encore vous exaspérerez la maladie et vous trouverez votre dernière ressource dans l'amputation du membre. Si, au contraire, vous combattez la subinflammation dont nous venons de parler par les cataplasmes émollients laudanisés, par le repos et par les émissions sanguines, seize ou dix-huit fois sur vingt vous amenderez beaucoup la maladie, à moins qu'elle ne soit très-ancienne et que la dégénérescence des tissus ne soit déjà très-avancée. Je montre journellement ces faits à l'hôpital de la Pitié. Mais employez-vous les antiphlogistiques et les narcotiques lorsque la douleur et l'augmentation de caloricité manquent, vous n'obtenez ordinairement aucun résultat avantageux : je dis ordinairement, car l'in-

flammation latente peut exister : elle est rare. Mettez-vous au contraire en usage les excitants, les fondants, quand les symptômes de phlegmasie ne se montrent pas, le plus souvent vous diminuez le mal et même vous le guérissez.

Il n'est pas rare, pendant qu'on traite une tumeur blanche par les moyens excitants, de voir se développer de nouveau une subinflammation caractérisée par la douleur et par l'augmentation de chaleur : la continuation de l'emploi de ces moyens exaspère la maladie : si au contraire vous en faites abstraction, si vous les remplacez jusqu'à l'extinction de la phlegmasie par les antiphlogistiques et les narcotiques sagement maniés, comme nous le dirons plus tard, la phlegmasie légère se dissipe et la tumeur diminue : la thérapeutique fournit donc des preuves multipliées en faveur de notre opinion. Passons à l'anatomie pathologique des tumeurs blanches; examinons-les d'abord à l'état peu avancé.

La peau est saine et sans inflammation dans la plupart des cas; le tissu cellulaire sous-cutané renferme un peu de sérosité infiltrée et paraît plus épais et plus abondant qu'à l'état normal : nous le trouvons plus profondément à l'état jaune serin, il offre plus de consistance qu'à l'ordinaire; on y voit des vaisseaux rouges, assez nombreux; à mesure qu'on approche davantage de la capsule articulaire, on le trouve de plus en plus pâle; on rencontre çà et là dans son épaisseur quelques indurations; enfin, plus loin encore des téguments, ce tissu est entièrement induré et lardacé : les ligaments

sont épanouis, infiltrés par un liquide plus ou moins consistant, quelquefois gélatineux. Lorsque la tumeur blanche siége au genou, les ligaments croisés peuvent être tuméfiés : le liquide qu'on rencontre entre les faisceaux ligamenteux se trouve souvent dans le tissu cellulaire, à quelque distance du siége de la maladie. La membrane synoviale et la capsule articulaire, d'un rouge plus ou moins foncé, et souvent très-épaissies, contiennent une petite quantité de liquide tantôt rosé, tantôt séreux et tantôt séro-purulent; nous avons quelquefois vu les extrémités osseuses malades; leur volume avait augmenté, leur tissu de couleur jaune était un peu ramolli : les cartilages articulaires participaient à cet état.

Lorsque les tumeurs blanches ont exigé l'amputation du membre, ou bien quand elles ont fait succomber les malades, on trouve dans les tissus des désordres beaucoup plus développés : la peau amincie ou épaissie, mobile ou adhérente, souvent même indurée, peut présenter des ulcères et des escarres; le pourtour des solutions de continuité est ordinairement bleuâtre; le tissu cellulaire lardacé très-dur, confondu avec les ligaments et la capsule articulaire, constitue une masse homogène dans laquelle il est impossible de reconnaître les traces de l'organisation primitive; quelquefois les muscles ont également disparu; d'autres fois, ils sont réduits à l'état blanc et fibreux accidentel; on les voit pâles, amincis et infiltrés de sérosités. Au-dessus et au-dessous de la jointure malade, on trouve souvent entre

leurs fibres une matière albumineuse ; les nerfs sont plus volumineux, ils participent à l'infiltration : les tendons ramollis et plus gros contiennent un liquide séreux ; ils peuvent être convertis en tissu lardacé. Les veines sont dilatées, variqueuses ; la membrane externe des artères principales est indurée. Dans certaines circonstances, on rencontre des foyers purulents, des tissus à l'état de bouillie, des carnosités, des concrétions tophacées. Les aponévroses sont épaissies et ramollies ; le périoste est ordinairement plus dense, plus épais qu'à l'état normal, il a quelquefois cessé d'adhérer à l'os ; la membrane synoviale est épaissie, molle, fongueuse, rugueuse, inégale, ulcérée, perforée et dans quelques cas cartilagineuse ; la capsule articulaire confondue avec elle participe plus ou moins à cet état. Les os tuméfiés sont fréquemment cariés ; on les coupe facilement avec un bistouri ; on trouve quelquefois des plaques éburnées au milieu de leur ramollissement, des végétations charnues y siégent ; l'aspect des cartilages est jaunâtre, noirâtre, grisâtre, livide ; ils sont détachés des os en partie ou en totalité ; ils manquent dans un ou plusieurs de leurs points ; d'autres fois, ils ont disparu ou bien il n'en existe que quelques parcelles çà et là répandues : un tissu éburné semble les remplacer. Enfin, lorsque la désorganisation a encore fait plus de progrès, la tumeur ramollie n'est plus alors, dans une grande partie de son étendue, qu'une espèce de bourbier où il est impossible de rien distinguer.

Brodie a observé dans la capsule articulaire des linéaments blancs membraneux, de fausses membranes formées par la lymphe coagulable.

Il n'est pas rare de voir les os plus vasculaires qu'à l'état normal; ils contiennent moins de phosphate de chaux: Brodie a rencontré dans leurs cellules un liquide transparent, une substance jaune caséeuse; on peut y voir du pus infiltré, des tubercules déjà signalés par les anciens, et une matière osseuse récente. Des abcès peuvent se former dans les bourses synoviales enflammées; elles renferment quelquefois un produit plastique et gris. (Brodie.)

Il est des cas dans lesquels une matière jaunâtre, que renferment de petites loges, se fait observer au milieu des parties molles. Il n'est pas très-rare de voir, dans l'épaisseur de la tumeur, des tubercules comme on en rencontre dans les poumons.

Les ligaments semi-lunaires de l'articulation du genou ont quelquefois entièrement disparu; l'absorption et la suppuration les ont détruits.

Quelquefois, au milieu d'un très-grand désordre, les os et les cartilages restent sains.

N'omettons pas de rappeler que nous avons présenté à l'Académie royale de Médecine des pièces d'anatomie pathologique fournissant la preuve, contre l'opinion de Pott, que la surface articulaire supérieure du tibia, par exemple, peut être cariée sans que l'extrémité in-

férieure du fémur participe en aucune manière à cette maladie.

Mais examinons maintenant les divers états que présentent les tissus indurés lorsqu'ils redeviennent normaux : les faits que nous allons énoncer avaient échappé aux anatomo-pathologistes ; ils ont été publiés par M. E. Margot, en 1827, dans sa thèse inaugurale : il les a recueillis dans nos leçons cliniques.

Au mois d'août 1823, un malade affecté d'une tumeur blanche siégeant sur l'articulation tibio-tarsienne droite entra à l'hôpital de la Pitié ; le volume de la jointure avait augmenté d'un tiers ; la tuméfaction s'étendait jusqu'auprès du genou ; la jambe était d'une consistance presque cornée ; un ulcère en occupait le tiers inférieur : ces maladies existaient depuis sept mois environ.

A l'aide des moyens que nous indiquerons bientôt la jambe se détuméfia et revint, à peu de chose près, à sa consistance naturelle, presque dans toute son étendue ; la guérison avait commencé à la partie supérieure du membre ; elle marchait de haut en bas : un élève qui, malheureusement, ne connaissait pas nos idées sur l'application des sangsues, suivant les localités, ne suivit pas les préceptes que nous venions de lui donner ; la gangrène se développa, il fallut recourir à l'amputation du membre ; nous la pratiquâmes au-dessus de l'articulation du genou.

Nous disséquâmes la pièce d'anatomie pathologique :

nous trouvâmes la peau saine jusque vers le tiers inférieur de la jambe où elle avait été gangrenée; le tissu cellulaire sous-cutané était sain à peu près dans le tiers supérieur du membre : le tiers moyen était infiltré d'une sérosité d'autant plus abondante qu'on l'observait plus bas; enfin autour de l'articulation il offrait la couleur jaune serin. On trouvait les muscles un peu pâles et amincis à la partie supérieure de la jambe : au-dessous de ce point on les voyait encore davantage décolorés; plus bas ils paraissaient presque lardacés : ici un liquide gélatineux était contenu dans leurs interstices et remontait jusqu'au tiers moyen du membre.

A la partie supérieure de la jambe le tissu cellulaire intermusculaire était à l'état jaune-serin, vers la partie moyenne il était moins jaune, il renfermait quelques indurations; autour de l'articulation tibio-tarsienne on le trouvait entièrement lardacé; enfin celui qui siégeait sur le ligament interosseux était au même état dans presque toute son étendue, mais beaucoup plus dur à la partie inférieure qu'à la supérieure où il ne présentait que quelques indurations.

D'après ces faits, qui nous paraissent très-importants, et que nous venons de signaler avec soin, il nous semble prouvé que lors de la guérison des indurations, le tissu lardacé passe d'abord, en se ramollissant, à la couleur jaune serin; il existe encore dans son épaisseur quelques callosités qui dis-

paraissent bientôt : plus tard les organes présentent une couleur pâle, il sont plus humides qu'à l'ordinaire; enfin ils reviennent entièrement à leur état normal. Ainsi, si l'on se rappelle ce que nous avons vu en faisant l'anatomie pathologique des tumeurs blanches peu avancées, on voit que les tissus, pour arriver à la guérison, passent, mais en sens inverse, par tous les intermédiaires qu'ils ont successivement franchis pour parvenir à l'état lardacé. J'ai eu plusieurs fois occasion de vérifier ces faits d'anatomie pathologique sur d'autres sujets dont les membres ont été amputés.

On reconnaît les tumeurs blanches aux symptômes suivants : une articulation se tuméfie ; les tissus deviennent durs; tantôt cet état existe seulement sur un point plus ou moins étendu de la jointure; d'autres fois il en occupe toute la circonférence ; il n'est pas rare d'observer un peu d'œdème soit sur l'engorgement, soit autour de lui ; le plus ordinairement une douleur plus ou moins vive se fait sentir; circonscrite dans certaines circonstances, elle s'étend d'autres fois au loin ; les malades l'éprouvent souvent plus forte dans l'articulation, d'ailleurs saine, située au-dessous de celle qui est le siége de l'engorgement blanc : il peut même arriver que l'article inférieur le plus voisin, quoiqu'à l'état normal, soit presque exclusivement douloureux, d'où est née une source fréquente d'erreurs pour les chirurgiens inattentifs : le phénomène dont nous nous occupons n'appartient

pas seulement à la coxalgie ; on l'observe, mais plus rarement, à l'occasion des autres tumeurs lymphatiques des articulations : la douleur est continue avec des degrés variés ; elle est rémittente ou intermittente ; augmentée par la pression et par les mouvements, elle gêne ou empêche plus ou moins ces derniers : il est des cas dans lesquels la maladie est précédée par des douleurs articulaires aiguës ou chroniques auxquelles succède quelquefois un épanchement de liquide : alors l'autopsie montre une phlegmasie de la membrane synoviale. Il est des tumeurs blanches qui sont indolentes, même à leur début ; c'est le plus petit nombre.

La caloricité de la peau qui recouvre la tumeur est très-souvent augmentée ; elle peut être normale.

Les téguments sont rarement rouges, presque toujours on les voit tendus et en quelque sorte vernissés ; les mouvements deviennent plus difficiles, et bientôt le membre affecte la position à demi fléchie ; on peut le trouver dans une flexion complète : la tumeur lisse ou bosselée s'accroît ; elle n'est pas toujours également développée sur tous les points de la circonférence de l'article.

Le membre diminue de volume ; il semble que la tumeur le prive de ses matériaux de nutrition : les veines sont dilatées et variqueuses ; on rencontre quelquefois des ganglions lymphatiques engorgés sur leur trajet, surtout dans le creux de l'aisselle et au pli de l'aine.

Les ligaments et les autres parties molles, destinés à assujettir les articulations, se ramollissent, deviennent plus extensibles et permettent aux surfaces osseuses des mouvements plus étendus qu'à l'état normal; alors les extrémités articulaires des os peuvent se déplacer; ce déplacement tient quelquefois à la tuméfaction des cartilages et de l'os lui-même; j'ai montré à l'hôpital de la Pitié un sujet chez lequel les condyles du fémur étaient tuméfiés; l'interne, beaucoup plus volumineux que l'externe, chassait en dehors le tibia qui offrait tous les signes de sa luxation incomplète de ce côté : j'ai observé dans le faubourg Saint-Denis un fait du même genre. On sait que les luxations spontanées peuvent se rencontrer presque sur toutes les articulations.

Des abcès profonds ou superficiels, petits ou vastes, se montrent souvent dans l'épaisseur de la tumeur ou autour d'elle; ils peuvent se convertir en fistules très-difficiles à guérir.

L'ankylose vraie ou fausse arrive. Si la maladie n'est pas arrêtée dans sa marche, la tumeur se ramollit et fournit au toucher, dans un ou plusieurs de ses points, la sensation que donnent les matières pultacées; la peau s'ouvre largement, il s'écoule une espèce de bouillie résultant du détritus des tissus indurés.

La maladie commence quelquefois par les os : elle débute souvent sur le tissu cellulaire, sur les ligaments, sur la membrane synoviale, etc.

Les tumeurs blanches, produites par les rhuma-

tismes ou par une violence extérieure, revêtent le plus souvent la forme aiguë.

Le commémoratif et l'examen de la constitution du malade font reconnaître les tumeurs blanches dues à une cause interne : les signes du scorbut, de la goutte, du rhumatisme, des scrofules, de la vérole indiquent l'étiologie de la maladie.

Quand elle est très-aiguë, l'affection qui nous occupe détermine quelquefois les phénomènes généraux produits par une phlegmasie violente ; mais le plus ordinairement, au contraire, on observe des symptômes d'asthénie ; l'appétit, d'abord diminué, devient nul ; les digestions sont pénibles, difficiles ; l'assimilation ne se fait presque plus ; le malade tousse ; le marasme, des sueurs et une diarrhée colliquatives surviennent.

La fluctuation, l'absence des indurations, ne permettent pas de confondre l'hydarthrose avec les tumeurs blanches.

Le caractère erratique du rhumatisme aigu, l'inflammation violente qu'il détermine, le feront distinguer de la maladie qui nous occupe.

Si les tumeurs blanches, commençant par les parties molles, sont à l'état aigu, les symptômes et la marche de la maladie nous ont paru, à peu de chose près, les mêmes, quelle que fût la cause qui l'eût déterminée.

Lorsque l'engorgement articulaire est idiopathique, quand il est causé par le rhumatisme, on peut espé-

rer de le guérir plus facilement : nous avons obtenu alors des guérisons même dans les cas où l'affection très-ancienne était compliquée de carie ; occasionnée par les scrofules, la tumeur blanche est très-dangereuse ; la cause qui l'a déterminée est trop souvent rebelle à tous nos moyens thérapeutiques ; l'époque de la puberté produit quelquefois dans l'économie des changements salutaires qui font obtenir des succès inespérés. En général, plus le sujet est faible, plus la maladie est grave, toutes choses égales d'ailleurs ; plus elle est ancienne, plus elle est difficile à guérir : la tuméfaction des os est une complication fâcheuse : on a avancé que si le frottement des surfaces articulaires les unes contre les autres, produisait le bruit que déterminent deux morceaux de porcelaine frottés l'un contre l'autre, c'en était fait de l'articulation, il fallait amputer : des faits observés à l'hôpital de la Pitié ne nous permettent pas d'adopter cette opinion : nous avons vu nos moyens thérapeutiques réussir avec et quelquefois sans ankylose. Le traitement est long ; il varie ordinairement entre trois, six, dix, quinze, vingt mois, et même davantage. Les tumeurs blanches syphilitiques sont les moins graves ; elles se dissipent souvent avec une très-grande facilité ; l'art possède en effet des moyens puissants pour combattre la syphilis. Presque tous les sujets affectés il y a vingt ans de la maladie dont nous nous occupons, étaient voués par l'aveugle empirisme aux douleurs, aux mutilations et

aux chances des amputations des membres; aujourd'hui, lorsque les viscères sont sains, et que l'affection morbide n'est pas trop avancée, nous guérissons très-souvent : honneur soit donc encore rendu à l'alliance heureuse de la médecine et de la chirurgie!

Avant d'exposer le traitement des tumeurs blanches, je vais encore examiner quelques points de leur histoire, sur lesquels j'insisterai d'autant plus que les auteurs ne présentent sur ces sujets rien ou presque rien de satisfaisant.

Peut-on souvent distinguer l'engorgement des parties molles de la tuméfaction des os? on vous dira que la distinction est facile; n'en croyez rien. On pense en général que si une tumeur blanche d'un volume ordinaire offre une très-grande consistance, une dureté presque égale à celle du silex, elle siége plus spécialement sur le système osseux : j'ai pendant longtemps partagé cette erreur, et je me suis enfin convaincu que l'on se trompait fréquemment. Lorsque l'affection morbide présente les circonstances que je viens d'indiquer, je reste dans le doute et j'attends : la maladie peut offrir, il est vrai, une forme régulièrement arrondie qui semble appartenir plutôt aux parties molles : on sait que les développements pathologiques osseux affectent ordinairement des dispositions irrégulières, mais ces phénomènes ne doivent pas servir de base à un diagnostic solide.

Voici un moyen de résoudre assez souvent la diffi-

culté : on met en usage un traitement convenable ; ses effets sont observés avec soin et l'on voit souvent l'induration devenir mobile sur les os sains ou presqu'à l'état normal : ici le mal avait procédé de dehors en dedans, les parties molles profondément situées étaient les moins malades ; sous l'influence de la thérapeutique que vous mettez en usage, elles guérissent les premières, et sur elles vous observez la mobilité des tissus sus-jacents qui demeurent encore fortement indurés.

Il existe une espèce particulière de tumeur blanche que je crois avoir décrite le premier; je vais m'en occuper un instant : l'articulation a peu augmenté de volume; la tumeur fournit au toucher la sensation que donnerait un corps spongieux et élastique, on dirait de la rate ou du placenta, ou bien encore d'un lipome qui commence à dégénérer; il se forme çà et là de petits abcès très-nombreux et isolés les uns des autres ; ils s'ouvrent et avec le pus sort une matière floconneuse frappée de mort appartenant aux tissus morbides.

Jusqu'aujourd'hui je n'ai pu guérir aucune de ces tumeurs blanches : j'ai trouvé à l'autopsie un tissu lamelleux parsemé d'un grand nombre de vaisseaux, et renfermant des granulations blanches ressemblant à des tubercules ; ce tissu manquait dans les points ou les petits abcès s'étaient cicatrisés; il était remplacé par la substance inodulaire qui n'offrait rien de particulier.

Serait-il permis d'employer des moyens excitants propres à enflammer l'espèce de tumeurs blanches dont nous nous occupons, et à la faire suppurer pour en débarrasser ainsi les malades? Je soumets cette idée aux méditations des praticiens; on ne la croira peut-être pas dénuée de fondement quand on saura que le tissu morbide est presque toujours, dans le principe, superficiellement situé; on aurait, il est vrai, à redouter des inflammations trop fortes, mais elles pourraient être avantageusement combattues par les antiphlogistiques. Devrait-on tenter l'extirpation de ce tissu dans les cas où il n'occuperait qu'un point assez limité du pourtour de l'articulation? Je crois que cette opération offrirait d'autant plus de chance de succès, que la maladie s'étendrait moins profondément.

Toutes les fois qu'on est appelé pour donner des soins à un sujet affecté de tumeur blanche, on examine, avec une scrupuleuse attention, l'état des viscères abdominaux et thorachiques; s'ils sont malades on doit respecter la lésion articulaire, car l'expérience a démontré qu'à mesure que cette dernière fait des progrès vers la guérison, l'affection viscérale augmente et la vie est essentiellement compromise : il ne faut donc pas employer les moyens thérapeutiques destinés à détruire l'engorgement blanc de la jointure avant que le viscère soit revenu à l'état normal; un exutoire alors devient indispensable.

Lorsque sous l'influence de l'amendement d'une tu-

meur blanche, une affection viscérale s'accroit et qu'elle résiste aux moyens thérapeutiques propres à la combattre, on applique sur l'articulation engorgée des vésicatoires ou des synapismes destinés à l'irriter, à y produire une dérivation et à augmenter l'engorgement articulaire; alors assez ordinairement les phénomènes morbides thorachiques ou abdominaux diminuent.

Si l'affection viscérale est incurable, si la tumeur blanche fait des progrès, si la première de ces affections reste stationnaire, on ne doit pas chercher à arrêter la marche de la seconde, à moins qu'elle ne soit trop rapide et qu'elle ne menace elle-même de faire perdre la vie au malade.

Mais dans le cas d'incurabilité viscérale qui nous occupe, en tâchant de diminuer l'intensité trop grande de l'une ou de l'autre maladie, à mesure qu'on la voit trop s'aggraver et faire craindre un événement funeste, j'ai observé qu'on pouvait prolonger assez longtemps les jours des malheureux malades; j'ai montré un fait très-remarquable de ce genre sur un sujet couché au nº 30 de la salle Saint-Louis.

Il existe entre les organes de l'abdomen et les grandes articulations, surtout des membres inférieurs, des sympathies qu'on n'a pas assez étudiées : les lassitudes spontanées, a dit Hippocrate, annoncent des maladies graves; ces lassitudes, ces douleurs que l'on sent dans les jointures au début des fièvres, de certaines phlegmasies, sont une preuve de ces sympathies : un jeune

homme couché au n° 17 de la salle Saint-Louis, était affecté en même temps de tumeur blanche et de phthisie pulmonaire ; à mesure que cette dernière maladie se développait d'avantage, l'engorgement articulaire, qui d'abord était très-volumineux et fort douloureux, se fondit avec beaucoup de rapidité et devint indolent ; lorsque le malade succomba, son articulation était presque revenue à l'état normal.

Malheureusement quelques affections chroniques des viscères abdominaux ou thorachiques sont à l'état latent : quels que soient les moyens d'investigation auxquels le chirurgien se livre, il ne peut pas les reconnaître : guérit-il alors une tumeur blanche ou bien est-il obligé de pratiquer l'amputation du membre? tout à coup la fièvre traumatique ou la suppression de l'espèce d'exutoire constitué par la maladie qui vient d'être enlevée, augmente les phénomènes morbides et révèle ainsi une altération organique profonde, qui enlève ordinairement l'espérance qu'on avait de sauver le sujet. Dans l'état actuel de la science, rien ne peut faire prévoir un pareil malheur, que le chirurgien doit toujours néanmoins redouter, même chez les personnes dont la constitution paraît excellente et qui n'ont jamais éprouvé la moindre incommodité appréciable sur le point où l'autopsie montre des altérations anciennes et souvent profondes. J'ai pratiqué, il y a quelques années, l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection, sur un jeune maçon dont la santé d'ailleurs

était en apparence très-florissante; le tiers inférieur du membre avait été écrasé par une roue de voiture. Six jours après l'opération, des accidents graves se manifestèrent dans les régions épigastrique et hypocondriaque droite; ils résistèrent à tous les moyens de l'art. Le malade succomba vers le second septénaire; l'autopsie nous montra deux tubercules volumineux siégeant à la partie postérieure et externe du grand lobe du foie; une inflammation bien caractérisée s'en était emparée et s'étendait aux parties voisines. Ces cas très-malheureux sont heureusement rares : il est important qu'on soit prévenu de la possibilité de leur existence, afin qu'on ne soit pas étonné de leur résistance aux moyens thérapeutiques; afin que même avant l'amputation, on ne promette pas à la famille de l'opéré un succès trop certain.

Cependant lorsqu'une tumeur blanche qui n'est ni rhumatismale, ni syphilitique, augmente et diminue alternativement; quand elle est presque guérie et qu'il survient, sans cause connue, une récrudescence qui la reproduit pour ainsi dire de toutes pièces, il existe bien certainement dans l'économie du sujet quelque fâcheuse disposition; c'est alors surtout qu'on doit se tenir en garde contre les engorgements, les phlegmasies chroniques, et contre les tubercules situés dans le poumon, quoiqu'il n'existe encore aucun symptôme qui puisse indiquer la présence de l'une ou de l'autre de ces maladies: je les ai presque toujours vues alors se montrer

tôt ou tard. Nous donnions des soins, l'année dernière, avec MM. Cruveilhier et Fiévée, à un jeune homme sur lequel nos fâcheux pressentiments se vérifièrent; il portait, au genou, une tumeur blanche soumise aux alternatives que nous venons d'indiquer; une phthisie pulmonaire survint, elle fut constatée par la nécropsie.

A moins que la tumeur blanche ne soit essentiellement indolente, il faut soumettre le membre au repos le plus absolu : je crois qu'on devrait rarement enfreindre cette règle générale; car dans les cas mêmes où la douleur est très-légère, le malade, en se servant de son articulation, peut facilement produire une phlegmasie. Les exemples en sont malheureusement trop communs, quoi qu'en disent quelques médecins. Que doit-on penser de ceux qui, avec un auteur moderne, conseillent imprudemment l'exercice, afin de diminuer l'augmentation d'épaisseur des cartilages articulaires? ils n'ont certainement pas vu cet état morbide à travers les parties molles; ils n'ont pas pu le constater par l'allongement du membre qui n'existe pas. Si j'étais appelé auprès d'un enfant débile, et chez lequel le repos absolu serait très-nuisible, je n'hésiterais pas à recommander aux parents de le faire marcher un peu; il pourrait se servir de béquilles, et l'on prendrait, du reste, toutes les précautions nécessaires pour que la tumeur blanche ne fût pas irritée. Mais si l'élément inflammatoire existe, s'il est accompagné de douleurs

assez vives, il est très-important que l'articulation malade n'exécute aucun mouvement; pour éviter surtout ceux auxquels le sujet pourrait se livrer involontairement, pendant le sommeil, il est indispensable que le membre soit assujetti par une gouttière qui rendra l'immobilité absolue.

Le repos absolu expose à une ankylose vraie, et produit une ankylose fausse lorsqu'il est longtemps continué : à moins que la phlegmasie ne soit trop développée, il faut qu'on imprime, tous les jours, à l'articulation malade, des mouvements légers et sagement ménagés; il est encore ici d'autres indications à saisir : si les mouvements ne sont pas ou presque pas douloureux, on continue d'en faire exécuter; si, au contraire, ils produisent de la douleur et si elle persiste une partie de la journée et même plus longtemps, on s'abstiendra de faire mouvoir le membre : l'ankylose est préférable à l'inflammation aiguë que vous vous exposeriez à déterminer, et qui hâterait la dégénérescence de la tumeur.

Une précaution très-simple est la position qu'il convient de donner au membre malade; on la néglige trop souvent, aussi voyons-nous arriver dans nos hôpitaux un grand nombre d'individus chez lesquels la jambe est à demi fléchie sur la cuisse; ainsi, après la guérison de la tumeur blanche, il faut encore combattre une fausse ankylose pendant plusieurs mois; on ne réussit pas d'ailleurs toujours à étendre complétement le

membre, à cause des vices de conformation que peuvent présenter les surfaces articulaires.

La maladie existe-t-elle au genou, on met le membre dans une gouttière, afin qu'il y soit maintenu dans l'extension; cette position n'est pas en général plus douloureuse que la demi-flexion, et lors même qu'il en serait autrement, il y aurait moins d'inconvénient qu'à laisser s'établir une ankylose, le membre étant dans cette dernière position. Je n'indiquerai pas celle qui convient à chaque articulation en particulier ; elle doit être en rapport avec les usages du monde.

Le moyen contentif sur lequel je viens d'insister est surtout indispensable lorsqu'il s'agit d'une coxalgie ; car si alors la cuisse n'est pas fixée, le malade se livre à des mouvements volontaires ou involontaires, capables de rendre immédiatement la luxation complète, même dans un cas très-simple : la pratique a malheureusement fourni des exemples trop fréquents de cet accident : j'ai été appelé, il y a quelques jours, auprès d'un enfant chez lequel je l'ai observé ; il venait d'être produit : le malade, couché dans son lit, avait porté la cuisse dans une forte adduction en croisant celle du côté opposé; cependant la maladie de la hanche était récente et très-peu avancée, me dirent les parents.

Il se forme quelquefois des abcès autour des tumeurs blanches; on doit les ouvrir le plus tôt possible; sans cette précaution, ils formeraient des foyers étendus ; la peau pourrait se dédoubler largement de son tissu

cellulaire; il s'établirait des fistules difficiles à guérir, et si les parois du foyer s'enflammaient, la viciation purulente ou l'abondance de la suppuration mettrait la vie du malade en danger.

Quant aux abcès formés dans l'engorgement lui-même, on leur donne issue le plus tard possible, à moins que la phlegmasie ne soit aiguë, à moins qu'on ne craigne les fusées purulentes dans l'articulation, à moins que la peau ne commence à se dénuder de son tissu cellulaire : il est facile de se tromper sur l'existence du pus. Il est encore reconnu que le séjour de ce liquide, en contact avec les indurations, en est un des plus puissants fondants.

Mais quand surtout la jambe est dans la position à demi fléchie, quand il existe de la fluctuation au niveau et autour de l'articulation, s'agit-il d'un abcès ou d'un épanchement articulaire? on sait que la capsule distendue peut remonter au moins jusqu'à l'union du tiers inférieur de la cuisse avec son tiers moyen; on sait aussi que cette capsule peut être perforée, et que la matière purulente qu'elle contient s'étend fort loin; on sait encore qu'une collection purulente située à l'extérieur de l'article peut lui être adossée, de telle façon que la poche purulente soit en quelque sorte confondue avec la poche articulaire. La nécropsie a montré la possibilité de tous ces faits. J'ai vu un grand nombre de chirurgiens distingués, réunis en consultation, rester dans le doute, et je crois que dans l'état actuel de la science,

il n'est pas possible d'établir un diagnostic certain.

Quelle doit être alors la conduite du chirurgien? L'imminence de la nécessité de l'amputation de la cuisse le décide à donner issue à la collection de liquide; s'il survient des accidents qui annoncent que l'articulation est ouverte, il ampute sur-le-champ.

Défiez-vous même des petits abcès situés à six ou neuf centimètres (deux ou trois pouces) au-dessous de l'articulation du genou. Un malade couché à l'hôpital de la Pitié, était depuis longtemps affecté d'une inflammation tantôt aiguë, tantôt chronique de l'article femoro-tibial dont l'engorgement était d'ailleurs très-léger; il se forma, environ à six centimètres (deux pouces) au-dessous de la jointure, sur le côté interne de la jambe, derrière le bord interne du tibia, une tumeur du volume du bout du doigt médius; elle était dure, immobile, douloureuse; on n'y apercevait aucun signe de fluctuation; je la traitai par les antiphlogistiques; elle se ramollit, et bientôt on y constata la présence du pus; des pressions exercées sur elle n'en diminuaient nullement le volume, on ne sentait aucune induration ni aucune fluctuation entre cette tumeur et l'articulation; je donnai issue à la matière purulente; elle sortit séreuse, floconneuse. Tout se passa parfaitement bien jusqu'au sixième jour. A cette époque, l'article, qui jusqu'alors n'avait offert aucun symptôme d'épanchement de liquide dans sa capacité, en est plein, on sent même que des gaz y sont accumulés; la fièvre s'allume, devient

violente; des pressions exercées sur la jointure en font sortir, par l'ouverture que j'avais pratiquée, une petite quantité de liquide; j'ampute la cuisse et je trouve un épanchement articulaire, une inflammation aiguë de la capsule, une perforation de cette membrane; on pouvait à peine y introduire deux têtes d'épingles réunies, il en partait un trajet fistuleux dépourvu d'induration; il partageait son étroitesse, il allait se rendre dans le petit kyste purulent que j'avais ouvert; il renfermait d'ailleurs quelques flocons albumineux qui n'avaient pas peu contribué à faire croire qu'il s'agissait d'un abcès ne communiquant point avec l'articulation; je ne sache pas qu'on ait indiqué un fait pareil dans les annales de la science. Je conseille, pour éviter une erreur dans les cas de ce genre, d'employer un stylet très-fin à l'aide duquel le diagnostic pourrait être établi.

Je pense qu'une inflammation ulcérative avait ouvert la capsule articulaire, qu'une très-petite quantité de matière purulente avait fusé peu à peu le long de la jambe, et que comme dans les cas d'abcès tuberculeux siégeant à la marge de l'anus, elle avait déterminé l'induration dont nous venons de parler. Lorsque cette induration fut remplacée par du liquide, je crois qu'on ne put pas le refouler dans le trajet qui communiquait avec l'articulation, parce qu'il était très-étroit et parce que des flocons albumineux l'obstruaient.

Il est très-utile, pour encourager le malade et pour

contribuer à diriger la conduite du chirurgien, d'apprécier rigoureusement, pendant le cours du traitement, les changements de volume présentés par la tumeur. Afin d'atteindre ce but, on fait sur l'engorgement, à trois hauteurs différentes, en haut, au milieu et en bas, sur des points diamétralement opposés, des marques avec le nitrate d'argent fondu, légèrement appliqué; on a soin de renouveler ces marques quand elles commencent à s'effacer, cé qui arrive très-souvent, lorsque l'on fait des frictions soit avec la pommade d'hydriodate de potasse ou d'iodure de plomb, soit avec celle d'hydriodate d'ammoniaque, etc.; à chacune de ces petites lignes noires est affecté un lien qui embrasse la maladie et sur lequel on fait, avec de l'encre, une tache qui indique l'épaisseur de la tumeur.

Quand une tumeur blanche ne peut pas guérir, et qu'elle compromettrait la vie du malade, faut-il, comme le conseillent encore quelques chirurgiens, retarder le plus possible l'amputation, afin que le sujet s'affaiblisse davantage et que les chances de succès deviennent plus nombreuses? Ce précepte a fait bien des victimes, car pendant qu'on temporise ainsi, une réaction fâcheuse a lieu sur toute l'économie et plus spécialement sur le canal intestinal; le dévoiement arrive, persiste; les ulcérations de l'intestin se forment, et bientôt, en général, tout est perdu. Si le malade était trop fort, il serait facile de recourir aux émissions sanguines.

On ne donne, en général, aucune importance au ré-

gime, dans le traitement des maladies chirurgicales chroniques; on laisse prendre aux malades l'alimenta tion ordinaire; ils font souvent même des excès; ils ne vivent pas un peu de leur propre substance, et ordinairement les engorgements résistent davantage et quelquefois même ils ne guérissent pas : j'ai observé un très-grand nombre de faits qui prouvent l'influence du régime. Les tumeurs qui ne cèdent pas au traitement le plus convenablement dirigé d'ailleurs, marchent franchement vers la guérison, à dater du moment où l'on a changé et diminué les aliments; on en retranche d'abord le quart, puis le tiers et même la moitié, s'il est possible, à moins que la maladie ne soit scrofuleuse et à l'état chronique, ou qu'il n'existe beaucoup de faiblesse chez le sujet; alors le régime tonique conviendrait; dans le cas contraire on donne la préférence au lait, aux œufs, aux légumes non aromatiques, au poisson frais et aux viandes blanches; on fait boire de l'eau rougie et quelquefois de l'eau de Seltz. Si le malade maigrissait trop, si ses organes digestifs se fatiguaient, on se hâterait d'augmenter et de changer le régime que nous venons d'indiquer. Certains individus, soit par habitude, soit par idiosyncrasie, font des repas extraordinairement copieux; chez eux une diète seulement un peu rigoureuse aurait de très-graves inconvénients. Je n'indique pas avec beaucoup de détails ce point du traitement des tumeurs blanches, il est trop simple pour que j'y insiste davantage; il aurait même suffi d'en énoncer seulement l'importance.

Quelle que soit la cause à laquelle une tumeur blanche enflammée est due, on la combat à l'aide des antiphlogistiques; si la maladie est déterminée par les scrofules ou par le scorbut, ces moyens sont portés moins loin. Chez les sujets faibles, on suit le même principe; on pourrait employer le mercure pour produire la salivation, ou bien encore le muriate de baryte : nous nous occuperons plus tard de ces moyens qui, d'après leurs auteurs, conviennent également contre l'état inflammatoire. Le dernier de ces médicaments est surtout applicable aux constitutions strumeuses.

Si le sujet est fort, si l'inflammation est assez aiguë, on fait pratiquer, au bras, une saignée de deux ou trois palettes ; à moins de contre-indication, on la répète le lendemain ; lorsque l'inflammation résiste, on a recours aux sangsues ; mais il n'en faut pas réitérer l'application à des époques trop rapprochées : les maladies chroniques, surtout quand elles sont anciennes, ont ordinairement affaibli les sujets qui en sont affectés : la phlegmasie siége sur des tissus indurés d'où il est plus difficile de la déloger que s'ils étaient à l'état normal : il est des individus qui supportent difficilement les émissions sanguines même légères : on applique tous les huit, dix, quinze ou vingt jours, douze, dix-huit, trente ou quarante annélides, suivant la constitution des malades; en général, on en laisse saigner les morsures deux heures ; nous l'avons recommandé, on interroge d'ailleurs le pouls, la coloration de la

face et les forces musculaires qui servent de guide au chirurgien, car il ne faut pas abuser de la saignée ; on plongerait le malade dans un état de faiblesse tel que l'assimilation se ferait très-difficilement, et l'on enlèverait à la nature les ressources qu'elle possède pour résorber l'engorgement, quand elle est bien dirigée. On n'oubliera pas que la tumeur blanche, une fois amenée à l'état non inflammatoire, les sangsues ne servent en général qu'à affaiblir le sujet.

Mais d'autres médicaments doivent être mis en usage pour combattre la tumeur blanche enflammée; si le siége de la maladie le permet, on a recours aux bains émollients qu'on rend narcotiques au besoin; on les prolonge deux heures environ; ils sont à une température telle que le malade ne doit éprouver ni la sensation du froid, ni celle de la chaleur.

On a conseillé les fumigations émollientes; c'est un moyen infidèle qui fluxionne souvent davantage l'articulation; il convient à peine lorsque la subinflammation est presque entièrement éteinte.

On insiste sur les cataplasmes émollients laudanisés; on les renouvelle au moins trois fois par jour : ils sont faits avec du riz bien cuit (*crevé*) dans l'eau de guimauve : on les met entre deux linges fins, on les arrose avec le laudanum; s'ils devaient se refroidir on les couvrirait avec du taffetas ciré.

Après un mois environ de l'emploi de ces moyens, l'élément inflammatoire disparaît ordinairement, mais

il n'est pas très-rare de le voir persister ; je l'ai vu durer trois, six, et même neuf mois : si alors il a résisté au mercure, suivant la formule de M. Serres d'Uzès, et au muriate de baryte, il faut temporiser, essayer de combattre la maladie à armes égales, en ne mettant que de temps en temps les sangsues en usage, afin de ne pas trop affaiblir. J'ai observé un assez grand nombre de cas dans lesquels la phlegmasie cédait enfin, soit à cause du changement de la constitution atmosphérique, soit parce que le principe morbide fixé sur l'articulation y avait diminué d'énergie.

Mais nous venons de parler de la formule de M. Serres d'Uzès pour l'onguent mercuriel; nous nous sommes expliqué sur les avantages de ce puissant moyen ; nous avons indiqué, au chapitre *Hernies*, la manière dont on devait le manier ; il doit être bien évidemment classé parmi les antiphlogistiques; on en trouvera la preuve dans l'excellent mémoire de notre savant confrère du Midi ; nous avons souvent montré, à l'hôpital de la Pitié, les brillants succès de son procédé, mis en usage contre le phlegmon.

M. Serres, de Paris, a démontré la propriété antiphlogistique du mercure, employé contre les pustules varioleuses ; nous empruntons à la *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1837, les passages qui suivent :

« M. Serres, de Paris, a substitué au nitrate d'ar-
» gent diverses préparations emplastiques, telles que
» le diachylum gommé, le charbon porphyrisé mélangé

» avec l'axonge, les différents sels de plomb, l'acétate,
» le sous-carbonate, l'iodure de plomb.

» Dans cette première série d'expériences, les pustules
» varioliques n'ont subi aucune modification dans
» leur marche, la rougeur phlegmoneuse des aréoles
» n'a été diminuée ni ralentie dans sa durée et son intensité;
» en un mot les pustules ont parcouru leurs
» périodes ordinaires.

» Dans une seconde série d'expériences, M. Serres a
» appliqué sur les pustules l'emplâtre de Vigo *cum*
» *mercurio*, les trochisques de minium, où il entre du
» sublimé, et enfin l'onguent mercuriel.

» Dans tous les cas, sans exception, cette dernière
» médication a produit l'avortement des pustules vario-
» liques et de l'érysipèle phlegmoneux qui les accom-
» pagne. Il ressort de ces expériences thérapeutiques
» qui ont été publiées, un résultat des plus remar-
» quables pour la pratique : savoir que la pustule va-
» riolique et le phlegmon varioleux exigent la présence
» du mercure dans les compositions emplastiques des-
» tinées à faire avorter la variole.

» M. Serres a appliqué ces idées thérapeutiques au
» traitement de l'ophthalmie varioleuse qui complique
» si souvent la variole confluente. Il a mis sur la con-
» jonctive enflammée une couche légère d'onguent
» mercuriel, et l'inflammation s'est dissipée avec
» promptitude; enfin, dans deux cas de pharyngite
» varioleuse intense qui menaçait la vie des malades,

» ce praticien a porté les onctions mercurielles sur le
» pharynx et les deux malades ont été promptement
» soulagés et sont guéris.

» Ce sont là des exemples de cette thérapeutique
» expérimentale que les progrès de la médecine exigent
» présentement, et à laquelle on reviendra quand aura
» eu son cours la médecine des petites choses (*medi-*
» *cina minimarum*), comme le disait si énergique-
» ment le professeur Bourdier. »

Lorsque, malgré les traitements que nous venons d'indiquer, la tumeur blanche continue ses progrès et qu'elle fait craindre le développement des dégénérescences graves des tissus qui exigent bientôt le sacrifice du membre, il est permis, puisque tout semble perdu, de recourir à l'empirisme : j'ai vu quelquefois alors le moxa, ordinairement si nuisible quand il existe de l'érétisme, produire des effets très-avantageux; on pourrait encore, préalablement à la moxibustion, employer l'hydrargyre, pour occasionner la salivation; nous nous expliquerons plus tard sur les avantages et sur les inconvénients de cette méthode. Il est extrêmement rare de voir guérir une tumeur blanche sous l'influence des moyens antiphlogistiques; ils sont plus spécialement destinés à dissiper la subinflammation : ils diminuent seulement un peu ordinairement le volume de la maladie.

Occupons-nous du traitement des tumeurs blanches qui n'offrent pas d'inflammation : avant de mettre en

usage les moyens excitants et fondants, il faut attendre que l'élément inflammatoire se soit dissipé au moins depuis six à huit jours; si ces moyens étaient employés plus tôt, ils pourraient le faire renaître; j'insiste sur ce principe qui s'applique à tout les engorgements blancs; il n'est pas toujours assez présent à l'esprit des praticiens.

On est assez souvent consulté pour des cas dans lesquels les tumeurs blanches ne présentent pas ou n'ont point présenté de symptômes d'inflammation; avant d'employer les excitants et les fondants, il est prudent d'essayer les antiphlogistiques, pour combattre une phlegmasie latente, si elle existait.

Une observation importante à noter est la suivante : dans les tumeurs blanches, comme dans tous les engorgements appelés blancs par les auteurs, les douleurs qui se manifestent une ou plusieurs fois seulement dans le cours de la journée, et qui sont de courte durée, doivent être attribuées à une exaltation de l'innervation; elles ne tiennent point à l'existence d'une phlegmasie. On les traite avec succès par les moyens fondants et excitants. La compression, les vésicatoires et le moxa jouissent ici, ordinairement, de propriétés sédatives très-remarquables.

Il est des cas dans lesquels la douleur, à peu près constante, est presque nulle : quoiqu'on emploie les moyens appropriés pour la faire disparaître entièrement, elle résiste, en conservant le caractère que nous

venons d'indiquer ; alors il faut essayer les excitants et les fondants ; on commence par les plus légers; on les met d'ailleurs en usage avec beaucoup de ménagement, et souvent on réussit.

Les sangsues, mises autour de la tumeur, au nombre de trois, six et même huit, suivant la constitution des sujets, sont un des moyens fondants les plus puissants; elles échauffent, elles excitent l'engorgement : l'expérience m'a démontré qu'elles favorisent singulièrement l'absorption (voyez ce que nous avons dit de la dérivation et des congestions déterminées par la saignée). Ces sangsues, en petit nombre, n'agissent pas toujours de la même manière ; nous allons examiner leur action, car, avant tout, nous devons faire ici la thérapeutique des indications que si peu de gens comprennent. Elles peuvent produire cinq effets différents.

1° Rien : vous attendez que trois ou quatre jours se soient écoulés et vous en réappliquez la même quantité ; si cette fois vous n'êtes pas plus heureux que la première, vous renoncez au moyen; vous avez acquis la preuve que son action est trop faible pour déterminer le degré d'excitation propre à favoriser la résolution de l'engorgement.

2° La caloricité de la peau qui recouvre la tumeur est un peu augmentée; une douleur très-légère se fait sentir; gardez-vous bien d'appliquer des cataplasmes émollients, car vous détruiriez l'excitation salutaire que vous avez occasionnée ; enveloppez l'engorgement

avec un linge fin, et bientôt vous observerez sa diminution, qui souvent sera précédée par un ramollissement superficiel et à peine appréciable des tissus.

3° Le volume de la maladie augmente de cinq ou sept millimètres environ (deux ou trois lignes); il existe un peu d'œdème dans le tissu cellulaire sous-cutané : ces phénomènes étonnent et effrayent même le malade, quand il n'en a pas été prévenu; le chirurgien s'en applaudit, car ils sont en général fort heureux ; bientôt, en effet, non-seulement la tumeur revient à son état primitif, mais encore, à peine un ou deux jours sont-ils écoulés, qu'elle diminue de plusieurs millimètres (quelques lignes). Même pansement que ci-dessus.

4° L'excitation produite par les sangsues peut être plus forte; la tumeur augmente; elle est plus chaude; elle est douloureuse une partie de la journée; les morsures des annélides sont entourées d'un cercle érysipélateux léger : ces circonstances morbides sont de fort bon augure; presque toujours au bout de quarante-huit heures environ, l'érythème disparaît et le volume d'abord augmenté de la tumeur, diminue d'une manière très-marquée; un amendement fort notable de la maladie se montre. Même pansement.

5° Il survient quelquefois un érysipèle ordinaire; il faut se hâter de le combattre à l'aide des sangsues en grand nombre, de l'application de l'axonge et du régime, afin d'empêcher l'inflammation de pénétrer dans les tissus sous-jacents : quand la phlegmasie de la peau

a disparu, les propriétés vitales engourdies ayant été assez fortement excitées, l'engorgement fait des progrès rapides vers la guérison.

A quelle époque doit-on renouveler l'application des sangsues en petit nombre? Lorsque l'amendement qu'elles ont produit s'arrête dans sa marche.

Les sangsues en petit nombre, dont on ne laisse saigner les morsures qu'un quart d'heure, n'affaiblissent pas les malades ; on peut en répéter l'usage un très-grand nombre de fois, mais souvent leur action sur l'économie finit par s'user comme celle des autres médicaments; elles ne réussissent plus; alors on en suspend l'usage, pendant quelques semaines, pour recourir à d'autres moyens, et lorsque ensuite on y revient, on les voit ordinairement réussir tout aussi bien que la première fois.

N'omettons pas de faire remarquer que si les annélides en petit nombre peuvent être employés seuls, il est souvent avantageux de les combiner avec d'autres médications : ainsi ils ont ramolli la tumeur ou bien ils ont produit de l'œdème; l'engorgement ne diminue pas ou s'amende très-peu; on met en usage alors la compression qui réussit parfaitement : lorsque ses effets heureux s'arrêtent, on revient aux sangsues; ainsi à plusieurs reprises, on a recours alternativement à ces deux moyens suivant les indications.

Nous venons d'indiquer la compression, nous allons nous en occuper spécialement. Avant d'en parler, di-

sons que les ventouses scarifiées doivent être considérées comme moyen excitant ou comme moyen antiphlogistique, suivant la quantité de sang que l'on extrait. Leur application est soumise aux règles que nous avons indiquées à l'occasion de l'emploi des sangsues. Les ventouses sèches congestionnent les tissus et échauffent la tumeur.

La compression a l'avantage de diminuer la quantité de sang artériel qui doit pénétrer dans la tumeur, dont la nutrition devient ainsi incomplète; elle produit encore une légère excitation propre à faciliter la résolution de l'engorgement : elle est plus avantageuse, lorsqu'elle s'étend à trois centimètres (un pouce) au moins au delà de la circonférence de la tumeur. On sait, de temps immémorial pour ainsi dire, qu'elle atrophie ou qu'elle arrête le développement des parties sur lesquelles on l'applique; on observe même ce phénomène sur les végétaux : voyez ce qui arrive sur un arbre assez fortement étreint par un lien; voyez l'espèce d'étranglement que présente la partie supérieure de la jambe, chez les sujets qui ont la mauvaise habitude d'y appliquer des jarretières exerçant une forte pression; voyez la grande diminution de volume éprouvée par les membres soumis aux appareils destinés à combattre les fractures. Ce moyen puissant de thérapeutique était abandonné; il a été remis en usage, très-avantageusement modifié par M. Récamier.

La compression augmente souvent les inflammations;

elle produit quelquefois la gangrène et même des sphacèles dont ne se vantent pas les empiriques ; appliquée sur les engorgements blancs, indolents, elle peut y déterminer de la douleur et les enflammer : ces faits sanctionnés par l'expérience, contre l'opinion des ignorants si communs de nos jours, suffisent pour démontrer que le moyen dont nous nous occupons doit être classé parmi les excitants.

Mais l'on dose l'opium, l'émétique, etc., pourquoi ne doserais-je pas la compression ? Les engorgements n'offrent pas toujours la même dureté; ils sont doués d'une sensibilité qui présente un grand nombre de variétés; il est donc des indications à saisir comme dans l'emploi des purgatifs, etc.; il est temps enfin que les chirurgiens cessent de faire, pour ainsi dire, exclusivement de *la menuiserie.* Les doses de la compression sont les suivantes ; on les emploie à un degré d'autant plus élevé que les tumeurs sont plus anciennes, plus dures, plus indolentes et plus difficiles à exciter.

Premier degré. On se sert de bandelettes de diachylon gommé, appliquées comme le bandage roulé; on lève l'appareil seulement tous les six ou huit jours environ : ce mode de compression a l'avantage d'établir une espèce de bain animal sur la tumeur, en y retenant la matière de la perspiration cutanée; ainsi, dans les engorgements que l'on craint de trop exciter, on diminue l'action trop active du moyen excitant, en lui associant un moyen émollient.

Deuxième degré. Compression légère établie avec des circulaires de bandes, ou bien à l'aide d'un simple bas lacé.

Troisième degré. Compression un peu plus forte, et faite avec des cônes d'agaric et des circulaires de bandes, ou, mieux encore, avec des bandages convenables, et différents suivant les localités.

Quatrième degré. Compression plus énergique : on emploie des compresses graduées et des circulaires de bandes.

Cinquième degré. Compression encore plus énergique : on met en usage des attelles, des pièces de monnaie, ou bien des plaques de plomb enveloppées de linge, couvertes par des circulaires de bandes. Employé à cette dose, le moyen dont nous nous occupons réussit bien contre les engorgements excessivement durs et essentiellement indolents qui persistent après la guérison des fractures ou des luxations du poignet, par exemple, et qui résistent ordinairement aux autres degrés de compression dont nous venons de nous occuper. Mais la cinquième dose de la compression ne saurait pas convenir, en général, quand il s'agit d'un engorgement récent et dans lequel l'élément inflammatoire est éteint depuis peu de temps.

Sixième degré. Il consiste dans la malaxation de la tumeur : on la pratique avec plus ou moins de force, pendant un quart d'heure environ, une ou deux fois par jour, suivant les indications. Une malade, couchée dans notre hôpital, portait, sur le côté externe du genou,

un reste d'engorgement du volume d'un œuf de pigeon ; il avait fini par résister à tous les autres degrés de la compression : le sixième en fit entièrement justice.

Si la compression dépasse le but qu'on se proposait d'atteindre, c'est-à-dire si elle occasionne de la douleur, il faut la suspendre; car, en la continuant, on s'exposerait à des accidents qui pourraient devenir très-graves. D'ailleurs, son emploi doit être soumis à toutes les règles qui dirigent le praticien, quand il applique des médicaments fondants. Lorsque la douleur et l'augmentation de chaleur que détermine le moyen dont nous nous occupons persistent vingt-quatre heures après que son usage a été cessé, on combat ces accidents par les moyens antiphlogistiques et par les narcotiques : on revient à la compression, lorsque depuis quatre ou cinq jours ils ont entièrement disparu.

Lorsque les douleurs sont nerveuses, la compression les dissipe ordinairement; cette donnée est très-importante, mais il faut bien savoir saisir l'indication.

L'agaric qu'on met en usage doit être mou, épais, cotonneux; suivant les localités et la forme des tumeurs, il est taillé de manières différentes : on emploie pour la région du sein, par exemple, des disques de cette substance; ils sont superposés, et forment un cône de trois centimètres à trois centimètres cinq millimètres (un pouce à un pouce et demi) de hauteur, dont la base est appliquée sur les téguments préalablement couverts d'un linge.

Si la tumeur est roulante, mobile, elle peut fuir sous la compression et lui échapper : pour remédier à cet inconvénient, on place autour de l'engorgement un cercle d'agaric, et dans ce cercle, on applique un cône de cette substance ; ainsi, l'induration est fixée, et le moyen compressif agit convenablement.

On enlève la compression toutes les vingt-quatre heures, pour la réappliquer au bout de quinze minutes environ ; si elle était moins souvent renouvelée, les bandages pourraient se relâcher, et la diminution de la tumeur concourrait aussi à rendre trop légère la pression de l'appareil.

Lorsqu'on commence à établir la compression sur les parois de la poitrine, elle doit être assez faible, afin d'y accoutumer les malades.

Elle peut être employée en même temps que les frictions faites avec la pommade d'iodure de plomb ; elle n'exclut pas l'usage des médicaments internes.

La tumeur a disparu : faut-il cesser la compression ? On la continue pendant cinq ou six semaines, et même pendant deux mois au moins, s'il s'est agi d'une tumeur d'apparence squirrheuse : sans cette précaution, la maladie récidive souvent.

Je rejette la compression employée contre les tumeurs blanches et contre les autres indurations, 1° tant que les symptômes d'une inflammation assez prononcée existent ;

2° Quand la tumeur squirrheuse, même peu volu-

mineuse, est très-dure, inégale, bosselée, adhérente à la peau, et surtout si les téguments sont rouges, ou s'ils présentent une ulcération d'un mauvais aspect; toutefois, la compression peut encore être employée, lorsque le tissu cancéreux a été préalablement enlevé, soit avec un caustique, soit avec le bistouri, que je préfère : j'ai montré, sur un grand nombre de pièces d'anatomie pathologique, que les tumeurs n'étaient pas toujours carcinomateuses dans toute leur étendue.

3° Je n'admets point la compression, lorsque la tumeur, quel que soit son volume, présente des points durs et des points où les tissus sont réduits à l'état pultacé.

Quelques chirurgiens pensent que la compression est un moyen dangereux, qu'elle enflamme les tumeurs, qu'elle y produit des ulcérations, qu'elle les rend adhérentes aux tissus sous-jacents : d'où naissent ces fausses idées? de l'aveugle empirisme; car, si l'on saisit les indications que nous venons de poser, tous ces accidents n'arriveront point.

Nous avons dit ailleurs que le centre de certaines tumeurs ne pouvait pas guérir, à cause de la dégénérescence cancéreuse qui y siégeait déjà; qu'alors, par cela même que le reste de l'engorgement résistait, il fallait se hâter de l'enlever, dans la crainte de voir survenir une recrudescence carcinomateuse terrible et très-prompte.

M. O'Beirn a publié, en 1834, un mémoire dans le-

quel il avance que le calomel uni à l'opium et administré à l'intérieur, pour produire la salivation, dissipe la douleur des tumeurs blanches et guérit ces maladies : la *Gazette médicale de Paris* a donné une analyse de ce travail avec les sept observations qu'on y trouve consignées.

Cette méthode de traitement est empiriquement conseillée contre toutes les tumeurs lymphatiques des articulations.

Avec huit ou neuf décigrammes (seize ou dix-huit grains) de calomel, dix ou quinze centigrammes (deux ou trois grains) d'opium, on fait quatre pilules : le malade en prend une toutes les trois heures. N'omettons pas de faire remarquer que, suivant l'âge et le tempérament des sujets, la dose de ces médicaments varie en plus ou en moins. Aussitôt que la salivation est bien établie, on en suspend l'usage. On laisse marcher le ptyalisme ; on emploie seulement quelques gargarismes émollients.

Quels sont les inconvénients de cette méthode ? 1° Il est des malades chez lesquels on ne peut pas déterminer la salivation, parce que le calomel agit comme purgatif, quoiqu'il soit associé à l'opium.

2° La salivation est douloureuse, elle compromet plus ou moins les dents, elle affaiblit ordinairement beaucoup les malades ; chez les sujets faibles, elle peut avoir de graves inconvénients.

Quant aux avantages de cette méthode, nous ne les

croyons pas aussi grands que l'a pensé M. O'Beirn ; nous sommes persuadé d'ailleurs que ce chirurgien distingué a rendu un service à la science ; mais notre opinion est qu'il a trop généralisé les résultats fournis par un petit nombre d'observations. Nous avons fait des essais très-multipliés sur le calomel et l'opium administrés à l'intérieur contre les tumeurs blanches non enflammées, et nous n'avons obtenu aucune ou presque aucune amélioration; mais il en a été bien autrement de cette maladie à l'état subinflammatoire; nous avons presque toujours vu, sur un très-grand nombre de malades, la douleur, même très-aiguë, disparaître comme par enchantement, pour ainsi dire, et l'engorgement diminuer en quelques jours de trois centimètres (un pouce) ou quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi), et même davantage.

Dans quelques cas très-rares, la maladie a été pour ainsi dire guérie; il a fallu encore ici d'autres moyens pour en compléter la cure. Lorsque la salivation a cessé depuis huit, dix, quinze ou vingt jours, nous avons presque toujours observé que la tumeur blanche reste stationnaire, à moins qu'on n'emploie une nouvelle médication. Devrait-on alors produire encore la salivation? L'engorgement existe sans inflammation, et nous venons de dire que l'action dérivative et révulsive du ptyalisme, contre cet état de l'induration, est nulle ou presque nulle; il n'est pas d'ailleurs permis de faire couler de nouveau une grande quantité de salive, chez les individus que cette abon-

dante sécrétion a beaucoup affaiblis une première fois.

Si le calomel agit comme purgatif, si l'on craint d'irriter le canal intestinal, on met en usage les frictions mercurielles pour déterminer la salivation, et l'on réussit tout aussi bien : on trouve les faits suivants dans la *Gazette des Hôpitaux* (15 mars 1836); ils sont extraits de mes leçons cliniques.

Salle Saint-Louis, n° 11. Tumeur blanche rhumatismale du genou : l'inflammation n'avait pas cédé aux antiphlogistiques et aux narcotiques; le calomel lui-même, uni à l'opium, avait échoué, parce qu'il avait agi comme purgatif, et la salivation ne s'était pas montrée; nous l'avons obtenue par les frictions mercurielles : la douleur et l'augmentation de chaleur ont complétement disparu ; le volume de l'engorgement a diminué; il est maintenant à l'état stationnaire.

N° 21. Tumeur blanche siégeant au genou : on a pratiqué des frictions mercurielles; la salivation existe encore; la douleur a déjà disparu; le volume de la maladie a diminué de trois centimètres (un pouce) à sa partie supérieure, de deux centimètres (huit lignes) à sa partie moyenne, et de trois centimètres (un pouce) vers son extrémité inférieure.

N° 26. Tumeur blanche du tarse : frictions mercurielles; ptyalisme; cessation de la douleur; le volume de l'engorgement a diminué de trois centimètres (un pouce) en arrière, d'un centimètre cinq millimètres

(un demi-pouce) au milieu, d'un centimètre (un tiers de pouce) en avant : aujourd'hui l'état stationnaire existe.

N° 34. Tumeur blanche du genou : frictions mercurielles; salivation; la douleur est enlevée; diminution très-notable de l'engorgement.

N° 35. Soumis au même moyen, ce malade en a obtenu le même résultat que dans le cas précédent.

N° 37. Tumeur blanche inflammatoire du genou : salivation; douleur devenue nulle; engorgement beaucoup diminué; il demeure maintenant à l'état stationnaire.

Salle Saint-Augustin, n° 16. Tumeur blanche du genou à l'état de subinflammation : salivation produite par le calomel et l'opium administrés à l'intérieur; cessation complète de la douleur, diminution très-marquée de l'engorgement. Le ptyalisme a cessé depuis quinze jours, et dès ce moment la maladie est restée stationnaire.

N° 17. Tumeur blanche du genou : état subinflammatoire. Frictions mercurielles : salivation; cessation de la douleur; engorgement beaucoup diminué. Aussitôt que l'élément inflammatoire a disparu, la maladie n'a fait aucun progrès vers la guérison.

N° 18. Tumeur blanche du genou : état très-aigu. La violence des douleurs prive presque entièrement la malade de sommeil depuis dix-huit mois : la salivation est produite par le calomel et l'opium; cessation immédiate et complète de la douleur; la tumeur perd les

deux tiers de son volume ; depuis quinze jours la salivation a cessé : à dater de ce moment la maladie demeure stationnaire.

Les eaux minérales sont, à juste titre, beaucoup préconisées ; mais il faut, avant de les mettre en usage, que l'élément inflammatoire soit dissipé, car s'il existait de l'irritation elle serait, en général, augmentée, et l'on exposerait les malades à de très-graves accidents. Il arrive assez souvent que la subinflammation renaît sous l'influence de ce moyen : ordinairement légère, beaucoup de médecins ne la reconnaissent pas et continuent à tort la médication excitante. L'oubli des préceptes que nous venons de tracer a causé bien des malheurs.

La douche est un moyen essentiellement excitant : elle percute les tissus sur lesquels elle agit, elle y exerce une espèce de massage, elle n'est donc applicable qu'à l'état non inflammatoire.

Les douches se divisent en liquides et en gazeuses ; elles sont simples ou médicamenteuses ; les sulfureuses sont plus généralement employées.

Les douches varient encore suivant leur mode d'administration : il en est de descendantes, d'horizontales et d'ascendantes : les premières sont plus excitantes que les secondes, et celles-ci le sont davantage que les dernières. La force d'impulsion qu'on peut imprimer au liquide, les hauteurs différentes desquelles il descend, l'épaisseur de la colonne d'eau, sont autant de

circonstances qui font encore varier l'action excitante des douches. Celles en arrosoir sont, toutes choses égales d'ailleurs, moins actives que celles à jet unique : le degré de chaleur qu'elles offrent doit aussi être pris en considération.

Ordinairement on renouvelle la douche toutes les vingt-quatre heures; quand on craint de trop exciter, on la donne de deux jours l'un.

Quelquefois la douche ne produit rien; si, après l'avoir continuée cinq à six jours, elle demeure sans effet, on la rend plus active; on y renonce enfin quand elle n'est pas assez excitante. Le plus ordinairement elle détermine la rubéfaction de la peau, elle augmente la caloricité, elle occasionne de la douleur : lorsque ces phénomènes se dissipent au bout de quelques heures on en continue l'usage; mais dans les cas où ils se prolongent jusqu'au lendemain, il faut suspendre la douche; elle est trop excitante, elle deviendrait très-nuisible. On observe la même conduite lorsque, sous son influence, la tumeur s'accroît un peu.

Comme tous les autres moyens fondants, les douches peuvent cesser d'amender la tumeur blanche, parce que l'économie s'accoutume à leur action : on leur substitue d'autres topiques, et souvent on y revient plus tard; alors elles peuvent produire, de nouveau, de très-bons effets.

On a conseillé le liniment ammoniacal; il est excitant; nous le rejetons lorsqu'il existe une subinflam-

mation ; c'est d'ailleurs un médicament très-infidèle ; s'il produisait trop d'excitation, on le suspendrait et au besoin on le remplacerait par les antiphlogistiques : cette conduite est de rigueur, toutes les fois que l'inflammation est trop forte.

Employé suivant la formule de M. Serres d'Uzès, l'onguent mercuriel est bien évidemment un antiphlogistique, mais quand on le met en usage à la dose de huit à douze grammes (deux ou trois gros), et qu'on pratique des frictions, sans avoir toutefois l'intention de produire la salivation, a-t-il le même mode d'action ? Il est des praticiens qui lui attribuent des propriétés excitantes ; je l'ai vu très-souvent augmenter même les subinflammations qui accompagnaient les engorgements blancs. Il est possible que ce phénomène puisse tenir à l'irritation produite par la friction. Pour moi, comme pour tous les médecins, l'onguent d'hydrargyre est un fondant puissant contre les engorgements non enflammés, et je n'ai pas besoin de dire qu'alors on doit l'employer à la dose ordinaire. Mais quand il existe soit une inflammation aiguë, soit une subinflammation, je préfère la formule de M. Serres d'Uzès, qui, je le répète, est un antiphlogistique excellent et de premier ordre.

Les pommades d'hydriodate de potasse, d'iodure de plomb, d'hydriodate d'ammoniaque, etc., ne conviennent point dans les phlegmasies aiguës ; elles doivent encore être rejetées, quand il existe une subinflammation.

La friction est faite tous les soirs, sur la tumeur, avec le volume d'une noix ordinaire de l'une de ces pommades.

L'hydriodate de potasse a surtout l'inconvénient de produire assez souvent des boutons et de l'inflammation sur la peau; on préfère, en général, l'iodure de plomb. Si les téguments deviennent le siége d'un érythème, on suspend immédiatement l'usage de la pommade. A mesure que l'économie s'accoutume à son action, on augmente graduellement la dose du médicament dont l'axonge n'est que l'excipient.

On surveillera, avec attention, l'action de ces pommades; car elles dépassent quelquefois le but qu'on s'est proposé d'atteindre, c'est-à-dire qu'elles produisent trop d'excitation; nous les avons vues faire renaître la phlegmasie; alors on se hâte d'en cesser l'usage, pour recourir, au besoin, aux antiphlogistiques.

Les cataplasmes iodurés que mettent en usage quelques praticiens doivent, suivant nous, être soumis aux mêmes règles, car avant tout il faut faire la médecine des indications. Je ne crois pas que les abcès que peuvent produire ces cataplasmes, quand ils augmentent l'inflammation, soient avantageux dans les cas de tumeur blanche, comme je l'ai entendu dire par les empiriques; j'ai presque toujours vu alors les collections purulentes produire des accidents fâcheux, et même exiger le sacrifice du membre : mon opinion est bien arrêtée sur ce point; elle est basée sur les faits; j'aime à redire que rien ne peut s'opposer à leur brutalité.

On me demande souvent à l'aide de quelle méthode je guéris les tumeurs blanches ; ces mots me déchirent l'oreille : je réponds que la méthode est dictée par les indications, et que dans beaucoup de circonstances, pour obtenir la guérison, il faut, non-seulement employer en même temps un assez grand nombre de médicaments du même genre, mais encore épuiser souvent, pour ainsi dire, presque toutes les médications. La maladie peut, en effet, passer plusieurs fois de l'état aigu à l'état chronique; d'ailleurs, dans la plupart des cas, les médicaments qui ont d'abord produit beaucoup d'amendement n'en déterminent plus; on doit alors les remplacer : voilà des principes que je répète et que je répéterai souvent dans mon ouvrage; j'en sens l'indispensable nécessité. Depuis plus de vingt ans, j'ai l'habitude de manier l'entendement humain, et je ne crains pas de dire que je connais peut-être plus que personne les points par lesquels il fléchit.

On administre souvent à l'intérieur les préparations d'iode ; ces médicaments peuvent agir comme moyen antiphlogistique, lorsque surtout les tumeurs blanches sont scrofuleuses; mais on a observé que l'iode pur, comme l'administrent encore quelques praticiens, avait trop souvent l'inconvénient d'irriter et même d'enflammer le canal intestinal et d'atrophier le système glandulaire. Magendie a rendu un grand service à la science en préconisant, à juste titre, l'iodure de potassium dont on obtient tant de succès.

Il est des médecins qui emploient ce médicament seul; il en est d'autres qui lui associent une petite quantité d'iode.

On peut faire prendre d'emblée un gramme (vingt grains) d'iodure de potassium par jour. La dose que nous venons d'indiquer est divisée en trois parties, qu'on administre à des intervalles égaux; on augmente graduellement la quantité de ce médicament; suivant les uns on peut la porter à trois grammes par jour (soixante grains), suivant les autres à douze grammes (trois gros) et même davantage; quelques médecins débutent même par une dose plus élevée que celle ci-dessus indiquée; mais nous croyons que cette conduite n'est pas prudente, car nous avons vu assez souvent survenir des accidents chez les gens du monde dont le canal intestinal était d'ailleurs en très-bon état, et lorsque nous mettions en usage la formule suivante :

℞ Eau de tilleul.	Cent quatre-vingts grammes (six onces).
Iodure de potassium. .	Douze décigrammes (vingt-quatre grains).
Iode pur.	Cinq centigrammes (un grain).

Prendre, matin et soir, une cuillerée à bouche de cette dissolution dans une tasse d'eau sucrée.

Lorsque le malade supporte bien ces médicaments, on augmente, tous les six jours, de trois décigrammes (six grains) la dose de l'iodure de potassium, et l'on peut ainsi la porter à quatre ou six grammes (un gros, un gros et demi) par jour et même davantage.

Quand il existe une gastrite ou une gastralgie qui n'est pas d'ailleurs trop prononcée, on hésite pour administrer l'iodure de potassium ; il est même presque toujours rejeté : j'ai souvent essayé alors de mettre en usage la dernière formule qu'on vient de lire, et dans la plupart des cas, non-seulement le médicament a bien passé, mais encore la maladie de l'estomac a disparu. Toutefois le malade commence à prendre, en vingt-quatre heures, une demi-cuillerée à bouche de la solution dont nous nous occupons. Il faut bien prendre garde d'abuser de ce principe, on voit que nous agissons ici avec prudence et que nous procédons par tâtonnement.

Pendant l'usage intérieur de l'iode ou de ses préparations, plusieurs malades, les femmes surtout, éprouvent des maux d'estomac provoqués par l'action de cet agent thérapeutique. M. Lugol dit avoir toujours fait cesser cet accident avec le vin de quinquina qu'il administre à la dose de soixante ou quatre-vingt-dix grammes (deux ou trois onces), peu de temps après l'ingestion de l'eau iodée. Son expérience confirme, sur ce point, les résultats auxquels M. Coindet, médecin de Genève, était déjà arrivé par cette association de médicaments.

Voici les deux formules de Magendie.

℞ Eau distillée.	Trente grammes (une once).
Iodure de potassium.	Un gramme huit décigrammes (trente-six grains).

♃ Alcool. . Trente grammes (une once).
Iode. . . Deux grammes quatre décigrammes (quarante-huit grains).

On administre deux fois par jour quatre ou dix gouttes de l'une ou de l'autre de ces solutions.

Disons en passant que Magendie a guéri des ulcérations carcinomateuses avec ce traitement; il est employé, dans la plupart des cas, avec un succès étonnant, contre les maladies syphilitiques anciennes, bien que le virus vénérien ne soit pas marié au vice scrofuleux; mais un fait bien singulier est le suivant : vous mettez en usage, toutes choses égales d'ailleurs, l'iodure de potassium sur deux malades; chez l'un, vous réussissez admirablement; chez l'autre, vous échouez d'une manière complète. A quoi tient une si grande variété de résultat? Il y a trop souvent dans les affections morbides des différences que nous ne pouvons pas saisir : espérons que, grâce aux progrès toujours croissants de notre belle science, on parviendra peut-être un jour à les connaître.

L'amaigrissement est quelquefois une conséquence de l'administration des préparations d'iode quelles qu'elles soient; aussitôt qu'on le voit augmenter, on cesse l'usage de cette médication. L'iodure de potassium détermine infiniment moins souvent cet effet désavantageux; sous son influence, on voit fréquemment au contraire survenir un embonpoint notable.

On peut mettre en usage les scarifications; souvent nous avons vu ce moyen réussir ; nous avons dit ail-

leurs les principes que l'on doit suivre pour les pratiquer.

Le vésicatoire est souvent mis en usage pour combattre les tumeurs blanches ; c'est un moyen essentiellement excitant, qui ne saurait convenir dans les cas même de subinflammation ; car alors l'irritation qu'il détermine, ajoutée à celle déjà trop forte qui existe, peut produire une explosion inflammatoire violente entraînant après elle les accidents les plus graves ; les tissus indurés peuvent alors suppurer profondément et le pus se former dans les articulations ; quelquefois encore ces tissus frappés de mort tombent dans une espèce de deliquium : les vésicants ne conviennent donc que contre l'état non-inflammatoire.

On conseille d'appliquer les vésicatoires sur la tumeur elle-même. On s'expose à commettre une grande faute, lorsque la peau participe à l'induration, ou quand elle n'est pas mobile sur le tissu cellulaire sous-cutané induré ; on voit alors, en effet, trop souvent, bien que l'indication ait été d'ailleurs saisie, une phlegmasie aiguë se développer et résister, dans quelques circonstances, à tous les moyens propres à la dissiper, parce qu'elle siége sur des tissus anormaux. Nous avons dit plus haut les accidents fâcheux auxquels le malade pouvait être soumis : or, lorsque les téguments participent à l'induration, ou bien quand ils ne sont pas mobiles sur le tissu cellulaire sous-cutané induré, on doit mettre les vésicatoires à ras la tumeur : par cette pratique, on évi-

tera presque toujours les accidents que nous venons de signaler.

Quand on emploie le vésicatoire, tantôt on en favorise la suppuration, tantôt on met sur-le-champ en usage les moyens propres à dessécher la surface dénudée. C'est en observant les effets qu'ils produisent, qu'on parvient à connaître lequel de ces deux moyens est préférable.

Dans quelques cas, on a en même temps recours au vésicatoire volant et à celui qu'on fait suppurer.

Le vésicatoire volant ne produit quelquefois aucun effet sur la tumeur : on laisse s'écouler deux ou trois jours, pour en appliquer ensuite un autre beaucoup plus large; si l'on n'est pas plus heureux, on renonce à ce moyen.

Quand le vésicatoire qui suppure ne donne aucun résultat après huit ou dix jours de son application, et bien qu'on ait soin de l'exciter le plus possible, à l'aide des pommades ordinaires, on en fait abstraction.

Vous avez mis un vésicatoire volant; il a produit dans la tumeur une douleur très-légère, il en a un peu augmenté la caloricité; quand devrez-vous en appliquer un second? Lorsque les phénomènes que nous venons d'indiquer auront disparu, et que l'engorgement aura cessé de diminuer.

Si le vésicatoire volant avait déterminé une augmentation de volume de la tumeur, si la chaleur en était

beaucoup augmentée, s'il avait fait développer une douleur assez forte, si enfin il avait dépassé, en excitant trop, le but qu'on se proposait d'atteindre, il faudrait attendre vingt-quatre heures environ, et dans le cas où ces phénomènes morbides n'auraient pas sensiblement diminué, on les attaquerait aussitôt avec les antiphlogistiques et l'on appliquerait surtout quinze, vingt, trente ou quarante sangsues, suivant les indications.

Le vésicatoire qui suppure détermine un peu d'augmentation de chaleur dans la tumeur; une douleur très-légère s'y fait sentir, et bientôt l'engorgement diminue : tant que la maladie s'amende, entretenez l'exutoire; il ne doit être supprimé qu'à la fin de la quinzaine qui suit la cessation de l'amélioration qu'il détermine; car il faut savoir respecter les moments d'arrêt qu'on observe fréquemment pendant l'emploi des médicaments les plus avantageux, et qui ne réussissent pas moins, au bout d'un certain temps, contre les maladies chroniques.

Quelle que soit l'espèce de vésicatoire à laquelle on a recours, il survient souvent un peu d'augmentation dans le volume de l'engorgement; si l'excitation est légère, il ne faut concevoir aucune inquiétude, et bientôt la tumeur blanche revient à son volume primitif, pour diminuer ensuite d'une manière très-notable.

Quand la tumeur est ramollie, et qu'elle reste d'ail-

leurs à l'état stationnaire, la compression établie pendant quelques jours avec l'agaric et des circulaires de bande produit presque constamment les plus heureux effets.

Le vésicatoire qui suppure peut déterminer une trop forte excitation, caractérisée par une douleur assez vive, par une augmentation très-notable de la caloricité et du volume de l'engorgement; on a sur-le-champ recours à tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, et bientôt ordinairement l'excitation arrive au type propre à la résolution de la tumeur, qu'on voit diminuer d'une manière très-remarquable; mais dans quelques circonstances, heureusement fort rares, la phlegmasie résiste : alors, en même temps que l'on continue de la combattre par les médications appropriées, on met en usage les médicaments destinés à dessécher la surface dénudée.

Le moxa est encore un moyen excitant; il ne convient, en général, que contre les tumeurs blanches non enflammées. Doit-on l'appliquer sur l'engorgement, ou à côté de lui? On suivra ici les principes établis à l'occasion des vésicatoires.

On rencontre quelquefois des tumeurs blanches qui ont été fort longtemps réfractaires à tous les moyens rationnels; elles font des progrès, et menacent d'exiger bientôt l'amputation du membre; bien que la douleur et les autres symptômes d'une phlegmasie assez aiguë existent, il faut, puisque tout espoir de guérison va

s'évanouir, faire de l'empirisme et appliquer, redisons-le, des moxas. M. Margot a cité, dans son excellente thèse, une observation de succès obtenu par ce moyen, dans les circonstances que je viens d'indiquer.

Afin de pouvoir répéter l'application du moxa aussi souvent que les indications l'exigeront, il faut le mettre petit (de la largeur d'une pièce d'un franc environ).

Lorsque le moxa irrite trop la tumeur, l'augmentation de chaleur qu'il occasionne persiste-t-elle plus de vingt-quatre heures? on met les sangsues pour diminuer l'inflammation.

Quand l'amendement fourni par le moxa ne marche plus, on fait comme pour tous les autres médicaments, on l'emploie de nouveau.

Le cautère agit beaucoup moins énergiquement que le moxa; je l'emploie rarement; il est préférable à la moxibustion sur les enfants chez lesquels on craint que l'application du feu ne produise des convulsions; pour l'établir et pour maîtriser son action, on suivra les règles indiquées à l'occasion du moxa.

Le séton est le plus excitant de tous les exutoires; il ne convient point contre les tumeurs blanches avec subinflammation. Suivant nous, on ne le mettra pas dans l'épaisseur de l'engorgement; il peut en effet y produire l'inflammation, difficile à enlever et dangereuse, dont nous avons plusieurs fois parlé; on doit le poser à côté de la tumeur; on en met quelquefois deux : il est douloureux, il répugne ordinairement

beaucoup aux malades; on ne l'emploie, en général, qu'en désespoir de cause, lorsque tous les autres moyens excitants ont échoué; produit-il trop d'irritation, on se comporte comme nous l'avons dit plus haut, et, au besoin, on en débarrasse les malades.

La cautérisation actuelle et transcurrente a été très-anciennement mise en usage. Roust de Berlin a publié un travail sur l'emploi de ce moyen; malheureusement il ne pose pas les indications. Le fer rouge est très-effrayant; il est fort douloureux; j'ai vu les malades s'y soumettre une première fois, mais ils y ont consenti rarement la seconde; l'état inflammatoire la rejette. Doit-on cautériser sur la tumeur? Je m'en suis expliqué en traitant du vésicatoire et du moxa. L'adustion peut produire des ulcérations très-difficiles à guérir; elle occasionne souvent des inflammations aiguës fort dangereuses, et qu'on se hâte de traiter par les moyens antiphlogistiques. D'après ces considérations, on ne doit y recourir que si les autres médications ont échoué, et que s'il s'agit d'un engorgement tellement chronique qu'elles n'ont pas pu suffisamment l'exciter.

Il est des tumeurs blanches qui, après avoir marché même assez rapidement vers la guérison, demeurent ensuite complétement stationnaires, quels que soient les moyens qu'on emploie; il faut alors suspendre toute espèce de médications, et se retrancher dans le domaine de l'hygiène; quelquefois, au bout d'un mois

ou six semaines, la tumeur s'est dissipée, ou bien elle s'est beaucoup amendée; on l'observe d'ailleurs avec attention, car si elle augmentait on l'attaquerait aussitôt. Mais quand elle persiste, et que l'économie a perdu l'habitude des moyens thérapeutiques, on en reprend l'usage, ordinairement avec beaucoup de succès.

Il ne faut pas oublier que la guérison de beaucoup de tumeurs blanches est suivie de l'atrophie de l'articulation; que tantôt cette atrophie persiste, que d'autres fois elle finit par disparaître, à mesure que la santé générale devient meilleure et que l'embonpoint se rétablit; il n'est pas rare de voir les os rester à tout jamais plus volumineux.

Il est enfin des cas dans lesquels l'article sur lequel le traitement a été dirigé, offre moins de volume que celui du côté opposé, et cependant la tumeur blanche n'est pas encore guérie; on s'assure, par la vue et par le toucher, que les parties ne sont pas entièrement revenues à leur état normal.

Il y a déjà longtemps que le muriate de baryte a été conseillé contre les scrofules, mais on l'employait à une très-faible dose : l'on doit à M. Pirondi de Marseille des idées plus exactes sur l'action de ce médicament et sur son efficacité.

Ce praticien distingué, dont les recherches ont été consignées dans la thèse de son fils et dans la *Gazette médicale de Paris* (1834), a porté graduellement la dose du muriate de baryte à huit grammes (deux

gros) dans cent vingt grammes (quatre onces) d'eau distillée : il en a obtenu de très-brillants succès. Nous nous sommes beaucoup applaudi de l'usage de ce moyen, à l'hôpital de la Pitié.

Dans un discours prononcé en 1837, à l'ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Charité (voyez *Gazette médicale* de Paris, p. 721, novembre 1837), M. Velpeau s'exprime en ces termes : « Le carbonate et le » muriate de baryte, essayés en Angleterre, il y a » soixante ans, expérimentés et jugés sur une grande » échelle à l'Hôtel-Dieu de Paris au commencement » de ce siècle, avaient donné partout depuis, en Al- » lemagne, en Italie, comme en Angleterre et en » France, la preuve de leur inutilité, lorsque rentrés » à Paris en 1834, ils en ont imposé de nouveau, au » point de se faire vanter à outrance par quelques per- » sonnes. » (Page 723, *loco citato.*)

Ainsi il est positif, d'après ce qu'on vient de lire, que M. Velpeau n'établit aucune différence entre la dose à laquelle on employait autrefois le muriate de baryte, quelques centigrammes (quelques grains), et celle à laquelle l'administre M. Pirondi, qui le prescrit d'abord à la dose de trois décigrammes (six grains) et qui le porte ensuite graduellement à huit grammes (deux gros).

Est-il possible de porphyriser ainsi le sens commun! Le chirurgien de la Charité est peut-être le seul médecin au monde ignorant qu'une méthode nouvelle ne

consiste pas toujours dans l'administration d'un médicament nouveau, mais qu'elle est souvent constituée par la manière dont on apprend à le manier. M. Velpeau ignore-t-il que les effets de l'émétique sont différents suivant qu'on le met en usage à la dose ordinaire ou bien à haute dose! Ne sait-on pas que le même couteau peut servir à exécuter parfaitement dix procédés opératoires qui ne se ressemblent nullement! Qu'il nous soit donc permis de nous écrier avec le poëte : *risum teneatis*, *amici.*

Mais citons encore dans l'intérêt de la science et de l'humanité d'autres passages du discours de M. Velpeau.

« Fatigués de l'insuffisance des topiques (*dans le* » *traitement des tumeurs blanches*), les chirurgiens se » sont adressés de bonne heure à la médecine *indi-* » *recte.* Aussi les voyez-vous employer avec une sorte » *de fureur*, aujourd'hui, ce que la matière médicale » possède de plus énergique : l'iode, la baryte, le col- » chique, le mercure. Si le règne de l'iode, dans ces » affections, est à peu près fini, les trois autres sub- » stances que je viens de rappeler, ont plus de vogue » maintenant que jamais. » Un peu plus bas M. Velpeau ajoute : « La teinture et le vin de colchique » produiraient aussi des merveilles si on en croyait » des praticiens, d'ailleurs très-distingués, de la Suisse » et de Londres ; mais je les ai assez expérimentés pour » avoir le droit de dire qu'il en sera probablement des

» préparations de colchique, comme de la baryte et
» de l'iode dans les tumeurs blanches : on les aban-
» donnera. » (Page 723, *loco citato.*)

Ainsi des médicaments sanctionnés par l'expérience journalière sont rejetés ; l'iode n'exerce plus sur l'économie une influence salutaire, son règne est passé ; le muriate de baryte, est voué à une décadence prochaine ; les médications internes les plus héroïques, ayant pour but d'amender ou de guérir les tumeurs blanches, sont frappées de discrédit ; les tentatives que font les chirurgiens consciencieux afin d'éviter aux malades les chances toujours incertaines d'une amputation sont condamnées : mais ne poursuivons pas et abstenons-nous de qualifier de pareilles erreurs.

On fait dissoudre trois décigrammes (six grains) de muriate de baryte dans cent vingt grammes (quatre onces) d'eau distillée : le malade prend toutes les heures une cuillerée à bouche de cette solution ; il n'en fait pas usage une heure avant et deux heures après le repas : pour supporter le médicament, il faut qu'il s'abstienne de boire du vin et de manger de la viande ; il est soumis à l'usage de l'eau pure et à une alimentation essentiellement végétale.

Il semble que ce régime doit singulièrement affaiblir les malades et les maigrir beaucoup : l'expérience a démontré le contraire ; en général, leur constitution s'a-

méliore, et l'on voit fréquemment des sujets, même scrofuleux, reprendre de l'embonpoint.

A moins qu'il ne survienne des accidents notables, tous les huit jours on augmente de trois décigrammes (six grains) la dose de muriate de baryte, toujours mise dans la même quantité d'eau distillée.

Quelquefois ce médicament produit des douleurs d'estomac, quand on commence à l'administrer; on en continue néanmoins l'usage, et, dans la plupart des cas, ce léger accident disparaît; mais lorsqu'il survient des envies de vomir, des vomissements et surtout quelques symptômes toxiques, on suspend l'emploi du muriate de baryte, pour y revenir au bout de quelques jours; alors on en prescrit une moindre dose, quinze centigrammes (trois grains); on le gradue aussi plus lentement.

Suivant les localités, le muriate de baryte est toléré plus ou moins facilement; nous le répétons, M. Pirondi en a porté la dose à huit grammes (deux gros) par jour, en Italie et à Marseille, tandis qu'à Paris nous n'avons pas pu dépasser celle de vingt-quatre décigrammes (quarante-huit grains), et souvent même nous ne sommes pas parvenu à l'atteindre.

On conseille de combattre les symptômes d'empoisonnement par le vin sucré ou par le blanc d'œuf : ce dernier moyen est préférable; jusqu'aujourd'hui nous l'avons toujours vu réussir, comme par enchantement, pour ainsi dire. On a avancé que l'hydrochlorate de

baryte avait le grave inconvénient de déterminer des gastrites ou des gastro-entérites souvent fort difficiles à guérir ; c'est une erreur, car nous n'avons pas encore observé ce fait ; il a été démontré, au contraire, à l'hôpital de la Pitié, que le canal intestinal exerçait parfaitement bien ses fonctions, au bout de quelques jours.

Répétons-le : il n'y a qu'un homme, dont la tête est vierge de toute idée saine de thérapeutique, qui puisse nier l'efficacité du muriate de baryte, employé contre les tumeurs blanches ; il faut avoir perdu toute espèce de pudeur scientifique et compter singulièrement sur la crédulité publique, pour oser professer une pareille hérésie, car le caractère de M. Pirondi est bien connu, et ses observations sont incontestables ; d'ailleurs, personne n'ignore les succès que nous obtenons publiquement à l'hôpital de la Pitié : toutefois, faisons remarquer qu'il en est du muriate de baryte comme des autres médicaments ; dans un très-grand nombre de circonstances, il ne suffit pas seul pour obtenir la guérison ; il faut souvent, par cela même qu'il cesse de réussir ou qu'il agit trop lentement, le remplacer par d'autres médications, ou bien le leur associer.

Les élèves qui suivent ma clinique, ont vu un jeune homme auquel plusieurs chirurgiens distingués voulaient pratiquer l'amputation de l'avant-bras : il portait une tumeur blanche volumineuse de l'articulation radio-carpienne ; trois fistules existaient ; il y avait carie du radius ; le muriate de baryte dissipa cette fâcheuse

complication, et diminua beaucoup l'engorgement; nous aidâmes ensuite son action par la pommade d'iodure de plomb et par la compression faite avec de l'agaric et des circulaires de bande; les trajets fistuleux se cicatrisèrent; la guérison eut lieu, mais l'article resta affecté d'une ankylose vraie.

Un malade auquel on avait voulu pratiquer l'amputation du poignet, était affecté d'une tumeur blanche siégeant sur les articulations carpiennes et carpo-métacarpiennes; il existait encore ici deux fistules qui permettaient de reconnaître l'existence de la carie; nous eûmes recours au muriate de baryte qui produisit des effets très-avantageux; quelques parcelles osseuses sortirent par les trajets fistuleux qui se cicatrisèrent; la pommade d'hydriodate de potasse et la compression concoururent ensuite à obtenir la guérison; elle fut complète. Les deux malades dont nous venons de nous occuper n'étaient pas scrofuleux.

Nous empruntons les faits suivants à la *Gazette des Hôpitaux* (2 avril 1836); il nous serait facile d'en citer un beaucoup plus grand nombre.

Salle Saint-Louis, n° 3. Tumeur blanche de l'articulation cubito-humérale: quoique la dose du muriate de baryte ne soit encore portée qu'à six décigrammes (douze grains), le volume de l'engorgement articulaire est diminué d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) à sa partie supérieure.

Même salle, n° 18. Les deux articulations du coude

sont affectées de tumeur blanche; le malade prend aujourd'hui douze décigrammes (vingt-quatre grains) de muriate de baryte; le volume de l'engorgement du côté droit a diminué de cinq millimètres (deux lignes) à sa partie moyenne, et à son extrémité inférieure. Celui du côté gauche offre en haut et au milieu un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) de diminution, tandis qu'on n'en observe qu'un centimètre (un tiers de pouce) en bas. Ces deux malades sont scrofuleux.

Salle Saint-Augustin, n° 14. Tumeur blanche du genou : la malade prend en ce moment dix-huit décigrammes (trente-six grains) de muriate de baryte. Depuis la dernière fois qu'on a mesuré la tumeur, elle a diminué de trois centimètres sept millimètres (un pouce et quart) en haut, de quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi) au milieu, et de trois centimètres (un pouce) à sa partie inférieure.

« Chez les malades nombreux que nous avons soumis » à cette méthode (le muriate de baryte), dans le cours » de l'été dernier, nous avons obtenu des effets analogues (avantageux), et voici en définitive les con» clusions auxquelles nous sommes arrivé aujour» d'hui. » (*Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1836.)

1° En général la tumeur blanche a été beaucoup amendée; nous en avons quelquefois obtenu la guérison complète.

2° Le médicament a mieux réussi chez les sujets

scrofuleux; M. Pirondi avait déjà observé ce fait.

3° Après avoir été amendée par le muriate de baryte, la maladie est devenue stationnaire, malgré la continuation de ce moyen; nous l'avons alors remplacé par une autre médication; plus tard il a été mis de nouveau en usage; il a produit de très-heureux effets.

4° Le muriate de baryte peut combattre avantageusement les tumeurs blanches à l'état aigu et à l'état chronique.

5° Répétons que nous n'avons pas encore vu ce médicament produire des accidents graves, et que les phénomènes morbides qu'il a déterminés ont cédé très-facilement et très-promptement aux moyens simples déjà indiqués.

6° Dans quelques cas rares, le muriate de baryte a singulièrement ralenti la circulation; avant son emploi le pouls offrait chez plusieurs malades soixante ou quatre-vingts pulsations par minute; il n'en a présenté que quarante à cinquante et même vingt-cinq, sous l'influence de ce médicament.

7° Quelquefois le muriate de baryte, continué pendant un mois à la dose de six décigrammes (douze grains), détermine autant d'amendement que si la dose de ce médicament avait été graduellement augmentée.

8° Les accidents légers éprouvés par nos malades sont survenus, le plus ordinairement, lorsque le muriate de baryte, employé déjà à une dose assez élevée, dé-

terminait les effets les plus avantageux et avait presque fait obtenir la guérison de la maladie.

9° Nous avons souvent aidé l'action du muriate de baryte par la compression ou par les pommades iodées, ou bien encore, suivant l'indication, par les évacuations sanguines locales; dans la plupart des cas, la combinaison de ces moyens a produit des effets extraordinairement avantageux.

« Le muriate de baryte, suivant la méthode de » M. Pirondi, est une vraie conquête chirurgicale; » vous vous en êtes convaincus en observant avec nous » nos malades; vous venez d'ailleurs d'entendre l'ana- » lyse impartiale des faits; mais prenez-y garde, ne » soyez point exclusifs; justes appréciateurs de ces faits, » ne leur attribuez que la valeur qu'ils méritent; car » sans cette condition vous vous exposeriez à les faire » entièrement rejeter au détriment des intérêts sacrés » de l'humanité, surtout par ces hommes de coterie » qui, depuis vingt-cinq ans au moins, veulent que » les réputations dépendent exclusivement de leur bon » plaisir, et qui, très-pauvres d'inventions, publient » et font publier partout, à son de trompe, que ce n'est » pas avec des idées nouvelles que l'on fait de la bonne » médecine : ainsi, suivant eux, nos sciences seraient » arrivées aux colonnes d'Hercule. De nombreux succès » ont heureusement fait justice d'aussi coupables as- » sertions. » (*Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1836.)

Citons encore quelques observations à l'appui des

idées que nous venons d'émettre, ils sont consignés dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Tumeur blanche rhumatismale aiguë de l'articulation du genou droit. Le malade entra à l'hôpital de la Pitié, le 27 août 1835; j'employai pendant six semaines le muriate de baryte et je le portai graduellement à la dose de dix-huit décigrammes (trente-six grains); j'obtins en un mois trois centimètres (un pouce) de diminution aux parties supérieure et moyenne de l'engorgement, et un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) sur son extrémité inférieure : l'amendement de la maladie resta stationnaire pendant quinze jours. Je renonçai alors au traitement que je viens d'indiquer, et je le remplaçai par les pilules de calomel et d'opium qui irritèrent l'estomac et ne produisirent pas la salivation; je fis pratiquer des frictions, sur les membres thorachiques, avec huit grammes (deux gros) d'onguent mercuriel; je produisis une salivation abondante et un amendement notable des douleurs : la tumeur diminua de quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi) à sa partie supérieure, d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) à sa partie moyenne, et de trois centimètres (un pouce) à sa partie inférieure.

Tumeur blanche scrofuleuse du genou gauche. Camus (Mathieu), âgé de vingt-trois ans, cultivateur, entra à la Pitié, le 5 novembre 1834; sa maladie datait de quatre ans : genou tuméfié, chaud, douloureux; mouvements de la jambe difficiles. Du 26 mai à la fin du

mois d'août, le muriate de baryte fut administré; on le porta graduellement à la dose de dix-neuf décigrammes (trente-huit grains) : douleurs moindres; la tumeur diminue d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) sur ses parties supérieure et moyenne, de cinq millimètres (deux lignes) à la partie inférieure : ensuite l'état stationnaire persiste jusqu'au 15 novembre 1835; on pratique alors des frictions mercurielles sur les deux avant-bras et sur la jambe gauche; elles furent continuées pendant trois semaines et produisirent enfin un ptyalisme abondant; la douleur devint moins intense, et la tumeur diminua de deux millimètres environ (une ligne) sur ses parties supérieure, moyenne et inférieure.

Le malade avait déjà été soumis à l'usage des pilules de calomel et d'opium, deux jours après son entrée à l'hôpital; diminution de la tumeur, un centimètre (quatre lignes) aux parties supérieure et inférieure, cinq millimètres (deux lignes) à la partie moyenne.

Tumeur blanche scrofuleuse siégeant au genou gauche. Jaluzot, âgé de trente et un ans, d'un tempérament lymphatique, entra à la Pitié, le 14 juin 1835; son articulation était engorgée depuis quatre ans environ.

Pilules de calomel et d'opium; salivation abondante; la tumeur diminue de six centimètres (deux pouces) à ses parties supérieure et inférieure, et de trois centimètres (un pouce) à sa partie moyenne.

On administre le muriate de baryte, le 26 mai; il

est continué pendant deux mois; la dose en est portée graduellement à dix-neuf décigrammes (trente-huit grains); la tumeur diminue de trois centimètres (un pouce) à ses parties supérieure et moyenne, d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) à sa partie inférieure.

Le 15 novembre, je fais pratiquer des frictions mercurielles : salivation abondante : tumeur diminuée de cinq millimètres (deux lignes) à ses parties supérieure et inférieure, de quatre millimètres (une ligne et demie) environ à sa partie moyenne. Enfin la compression et les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse furent employées, et le malade dont nous nous occupons, ainsi que le précédent qui avait été aussi soumis à l'usage de ces deux derniers moyens, est sur le point d'obtenir incessamment son entière guérison.

Tumeur blanche scrofuleuse aiguë du genou. Hubert (Florence), âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié, le 26 mai 1835; son engorgement articulaire datait de quatre ans; le volume de l'articulation avait augmenté d'un tiers; il y avait douleur et excès de caloricité; les mouvements de flexion et d'extension étaient presque impossibles.

On administre trois décigrammes (six grains) de muriate de baryte; on porte graduellement la dose de ce médicament à vingt-quatre décigrammes (quarante-huit grains); l'engorgement a diminué de trois centi-

mètres (un pouce) à ses parties supérieure et moyenne, d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) à sa partie inférieure; on a associé au muriate de baryte la compression et les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse : depuis l'usage de ces nouveaux moyens, la tumeur a diminué d'une manière remarquable; elle a enfin disparu. Les mouvements de l'articulation sont encore un peu gênés.

Tumeur blanche siégeant sur l'articulation du genou gauche. Moguet, âgée de vingt-deux ans, couturière, d'un tempérament sanguin, entra à la Pitié, le 17 juin 1835. La maladie datait de dix ans; elle était le résultat d'nne contusion; la malade ne pouvait pas marcher depuis quatorze mois; la jambe était à demi fléchie; l'articulation fortement tuméfiée, surtout à sa partie supérieure, faisait éprouver de violentes douleurs.

On administre, le 19 juin, trois décigrammes (six grains) de muriate de baryte; la dose de ce médicament est graduellement portée à treize décigrammes (vingt-six grains); l'estomac n'en peut pas tolérer davantage; pendant le premier mois de ce traitement, les douleurs et la tuméfaction ont beaucoup diminué.

On cesse au 1er septembre le muriate de baryte, qui depuis quelques jours ne produit aucun effet; à cette époque, la tumeur a diminué de deux centimètres (deux tiers de pouce) à sa partie supérieure, un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) à sa partie

moyenne, et d'un centimètre (un tiers de pouce) à sa partie inférieure; la douleur avait alors complétement disparu.

On a recours à la compression et aux frictions fondantes qui ont encore produit beaucoup d'amendement.

Il n'est pas besoin de rappeler que si la tumeur blanche est déterminée par un vice ou par un virus, il faut la combattre d'ailleurs à l'aide des moyens appropriés, à moins qu'ils n'exposent à augmenter la phlegmasie si elle est aiguë.

Mais quand la maladie est rhumatismale, et qu'elle a passé à l'état chronique, on conseille d'appliquer les vésicatoires, les moxas, les sétons sur la tumeur elle-même; je crois que ce précepte est dangereux : j'ai presque toujours vu alors le principe morbide se fixer davantage sur l'articulation engorgée, et les accidents s'accroître : lorsque les médecins veulent déplacer la goutte, ou le rhumatisme qui siége sur les parois de la poitrine ou sur le canal intestinal, ils appliquent des révulsifs sur les membres abdominaux : pourquoi ne les imiterions-nous pas dans les cas où l'affection morbide s'est montrée au genou? Je fais poser alors un vésicatoire à la partie supérieure et externe de la cuisse, et j'obtiens souvent un très-grand succès.

Chez quelques sujets, affectés de tumeur blanche rhumatismale, nous avons vu la douleur très-violente disparaître comme par enchantement, pour ainsi dire,

sous l'influence de la salivation. Le rhumatisme aigu, qui résiste aux médications usitées, ne pourrait-il pas être, dans certains cas, combattu à l'aide de ce puissant moyen? J'en ai obtenu un succès complet sur un assez grand nombre de malades.

Pendant l'usage des moyens fondants excitants, employés contre les tumeurs blanches, il faut surveiller, avec beaucoup d'attention, l'action de ces médicaments, car ils développent souvent une subinflammation que les empiriques méconnaissent, et dont la persistance, et surtout l'augmentation, toute légère qu'elle peut être, hâte singulièrement la dégénérescence des tissus, et amène même bientôt des événements fort graves. Cette subinflammation, je ne saurais trop le répéter, est caractérisée par un douleur légère et par un peu d'augmentation de chaleur; elle exige impérieusement qu'on suspende sur-le-champ les médicaments sous l'influence desquels elle est née : si au bout de vingt-quatre heures elle persiste encore, on l'attaque par les antiphlogistiques; il est extraordinairement rare qu'elle ne cède pas presque immédiatement; on laisse alors s'écouler trois ou cinq jours, et l'on recommence l'usage des excitants. J'ai montré souvent, à l'hôpital de la Pitié, que la phlegmasie légère dont nous nous occupons se manifestait trois, quatre et même cinq ou six fois pendant le cours du traitement. J'insiste sur ce fait, parce que je sais qu'on le néglige trop, et qu'il s'agit d'ailleurs ici d'une loi générale de thérapeutique, qui

s'applique à tous les engorgements, en quelque lieu qu'ils siégent.

Lorsqu'une tumeur blanche existe sans inflammation aiguë, et que le sujet est fort, on lui fait suivre le régime que nous avons déjà indiqué ; quand sa constitution est très-faible, et lorsque surtout la maladie est scrofuleuse, on met en usage une alimentation tonique.

Une articulation qui vient d'être le siége d'une tumeur blanche ne recouvre pas immédiatement l'usage libre et facile de ses fonctions ; il existe une convalescence pour les organes externes comme pour les internes. Le malade a gardé longtemps le repos, les mouvements de l'article seront douloureux : établissons ici une distinction très-importante; la douleur produite par la marche cesse-t-elle lorsque le sujet s'est reposé un quart d'heure, une demi-heure ou une heure environ? cette douleur tient évidemment à la perte qu'a faite le membre de l'habitude de se mouvoir, et alors l'exercice plus ou moins léger, suivant l'indication, doit être continué, et bientôt l'état normal renaît. Si, au contraire, le sujet continue de souffrir, il faut qu'il garde encore le repos, et dans le cas où cet état de souffrance persiste, on a recours aux antiphlogistiques ; j'insiste sur les préceptes que je viens d'établir, parce qu'ils n'ont pas même encore été indiqués.

Presque tous nos malades, guéris de tumeurs blan-

ches, étaient affectés de récidives : nous leur avons fait porter une genouillère matelassée, et la reproduction de la maladie est devenue extrêmement rare. Ce moyen a l'avantage de borner l'étendue des mouvements de la jointure, de soutenir l'articulation et de s'opposer à la stagnation des liquides; il faciliterait encore la résorption d'un reste de l'engorgement.

Lorsque la jambe a conservé longtemps la position à demi fléchie, il existe ordinairement une fausse ankylose : il faut attendre, pour la combattre, que la guérison de la tumeur blanche soit complète ou presque achevée; il est important surtout qu'il n'existe plus de douleur; sans cette précaution, on s'exposerait à des accidents qui pourraient devenir graves. Je conseille d'employer d'abord les moyens orthopédiques; leur insuffisance seule peut justifier la ténotomie, qui n'est pas toujours une opération innocente.

Nous avons montré, à l'hôpital de la Pitié, deux malades, chez lesquels la section du tendon d'Achille a produit des accidents : sur l'un il survint un érysipèle intense, sur l'autre un phlegmon érysipélateux; il se termina par suppuration, et mit la vie du sujet en danger. Nous avons encore, dans la salle Saint-Antoine, un enfant d'une très-bonne constitution, qui a été soumis à la ténotomie; un engorgement inflammatoire volumineux s'est montré le long du tendon; il a suppuré; les plus légères pressions exercées sur le membre, pour l'amener et le maintenir dans une po-

sition convenable, ont déterminé des escarres que nous avons encore observées cette année dans la salle Saint-Augustin, chez une jeune fille d'une brillante santé sur laquelle nous avions pratiqué la même opération.

Les moyens orthopédiques réussissent souvent, quoi qu'on en dise, et leur succès ne se fait pas, en général, aussi longtemps attendre qu'on pourrait le penser; on a vu, l'an dernier, à l'hôpital de la Pitié, deux malades dont la jambe, maintenue plus qu'à demi fléchie par une ankylose fausse de l'articulation du genou, a été parfaitement bien étendue sur la cuisse, dans l'espace de six à huit semaines; ces malades n'ont presque pas souffert; il n'est survenu aucun accident. Je pourrais citer un grand nombre d'autres faits de ce genre. On n'oubliera pas que pour éviter de produire une irritation dangereuse, on devra faire marcher l'appareil avec beaucoup de lenteur; on ne devra pas même en confier la clef au malade, qui, souvent trop pressé de guérir, en ferait probablement un mauvais usage.

Mais existe-t-il un signe certain de l'ankylose vraie? On a donné, comme tel, l'impossibilité absolue de toute espèce de mouvement. Ce signe est équivoque, et je le prouve par des faits.

M. Cazenave, négociant du midi, avait la jambe presque entièrement fléchie sur la cuisse; il existait une immobilité complète de ce membre ankylosé. Ce malade, doué d'un grand courage et désolé de sa fâcheuse position, demandait qu'on fît des essais pour la

combattre ; il était persuadé, disait-il, contre l'opinion de plusieurs chirurgiens très-distingués, qu'on obtiendrait des résultats avantageux ; je cédai à ses instances ; il n'existait ni tuméfaction ni douleur sur le genou ; la constitution du sujet était excellente ; je chargeai un mécanicien très-habile, M. Absil, de nous confectionner un appareil à l'aide duquel nous avons presque complétement redressé la jambe ; il n'est survenu aucun accident ; la douleur a été presque nulle.

Un homme couché dans la salle Saint-Louis de l'hôpital de la Pitié, semblait encore être affecté d'une ankylose vraie ; l'article avait perdu entièrement sa mobilité; déjà le membre était en partie redressé, et tout portait à croire que ce malade, aussi pressé par ses affaires que M. Cazenave, guérirait parfaitement; il sortit de l'hôpital : nous avons obtenu plus tard un redressement complet. Ces deux faits, auxquels nous pourrions en ajouter d'autres, prouvent donc qu'il n'existe pas de signe pathognomonique de l'ankylose vraie, et que, dans tous les cas, il faut tenter, avec précaution, de redresser lentement le membre : nous voilà encore en contradiction avec le commun des martyrs; c'est contre nous un nouveau motif de persécution.

La rupture d'une ankylose réputée vraie est-elle très-dangereuse? Une femme portait depuis longtemps cette maladie, elle fit une chute : à l'instant l'articulation devint mobile ; il survint un engorgement vio-

lent et de très-vives douleurs; j'employai énergiquement les antiphlogistiques et les narcotiques : les accidents inflammatoires et la tuméfaction se dissipèrent; la jambe fut maintenue étendue, et la guérison eut lieu avec une nouvelle ankylose. La malade se servit de son membre, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant, à cause de la demi-flexion dans laquelle il était maintenu. J'ai observé deux autres faits semblables. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 avril 1838, clinique de M. Lisfranc.)

Mais les résultats sont loin d'être toujours aussi heureux : j'ai vu plusieurs sujets, chez lesquels il a été impossible de dissiper la phlegmasie; des foyers purulents très-étendus se sont formés; l'articulation s'est ouverte, et tantôt la mort s'en est suivie, tantôt l'amputation de la cuisse est devenue indispensable : aussi, me suis-je élevé, avec toute l'énergie d'une entière conviction, contre un procédé barbare (le redressement brusque et forcé des membres ankylosés) qui venait tout récemment d'obtenir quelques succès, et qui était singulièrement préconisé par un grand nombre de chirurgiens de Paris : je disais à ma clinique, qu'abstraction faite des faits que je viens de citer, on devait rejeter cette monstrueuse méthode, car on savait que l'entorse, quoique sagement traitée, peut amener des accidents très-graves et même funestes, et que ces mêmes accidents devraient nécessairement arriver dans beaucoup de cas, à la suite de la pernicieuse invention de M. Lou-

vrier, que le chirurgien le plus distingué et le plus complet des temps passés, présents et à venir, accompagnait souvent, dit-on, dans ses expéditions. Les événements n'ont malheureusement pas tardé à justifier mes sinistres prévisions; personne n'ignore maintenant que des malades sont morts et que d'autres ont été soumis à l'amputation du membre.

On a dit et on a fait répéter par les séides de la coterie, que ma méthode de traitement, contre les tumeurs blanches, consistait exclusivement dans l'application multipliée des sangsues; il suffit de jeter un coup d'œil sur la thèse remarquable de M. Margot, publiée en 1827, dans la *Revue médicale*, pour acquérir la conviction que je n'étais pas plus exclusif alors qu'aujourd'hui. C'est ainsi que je réponds aux calomnies et aux mensonges de ces hommes qui m'ont persécuté dès mon début dans la carrière médicale; de ces hommes dont la profonde inimitié et l'incessante colère m'honorent. Ami de la vérité, je continuerai hautement à la proclamer, dans l'intérêt sacré de l'humanité et de notre belle profession.

Citons encore des faits à l'appui des idées thérapeutiques que nous avons émises.

Un malade, âgé de trente-deux ans, entra à l'hôpital de la Pitié, le 3 janvier 1839, il fut couché au nº 40 de la salle Saint-Louis; il n'offrait aucun signe de scrofule, les deux articulations tibio-fémorales étaient un peu déviées en dedans. Cet homme portait une tumeur

blanche au genou droit; elle offrait le volume d'une tête de fœtus à terme : symptômes de subinflammation. Vingt-cinq sangsues, cataplasmes émollients, demie d'aliment; diminution de la douleur et de l'engorgement qui devient moins dur. Le huitième jour j'administre le muriate de baryte, et je continue d'ailleurs les moyens que je viens d'indiquer, abstraction faite des évacuations sanguines locales; le 15 janvier, la tumeur a diminué de quatre centimètres (seize lignes) à sa partie supérieure, de trois centimètres (un pouce) à sa partie moyenne, et d'un centimètre cinq millimètres (six lignes) à sa partie inférieure. Le 24, compression avec l'agaric et des circulaires de bande, frictions avec la pommade d'iodure de plomb; le muriate de baryte est continué. La maladie fait des progrès rapides vers la guérison, qui est obtenue le 5 mars de la même année.

Tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale. Jean-Louis Dufresne, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié, le 25 mai 1825; la maladie, causée par une violence extérieure, existait depuis plusieurs années; elle avait été combattue sans succès par les résolutifs et par les vésicants; l'engorgement ayant marché avec beaucoup de lenteur, cet homme avait pu, jusqu'à un certain point, se livrer à ses travaux; il avait néanmoins gardé le lit deux mois avant son entrée à la Pitié.

Le volume du genou malade avait augmenté de six

centimètres cinq millimètres (deux pouces et demi); les mouvements, même peu étendus, occasionnaient de la douleur, et faisaient entendre le bruit que fournissent deux morceaux de porcelaine frottés l'un contre l'autre : la mobilité latérale de la jambe était tellement prononcée qu'on aurait pu croire à la destruction des ligaments ; la douleur intermittente se faisait sentir plus vive dans le centre de l'articulation.

Le 26 mai, trente sangsues, cataplasmes émollients, quart d'aliment, boissons gommeuses. Le 27, douleur moins forte : même régime ; on continue les topiques émollients. Quelques légers mouvements sont imprimés à l'articulation afin d'essayer d'éviter l'ankylose, qui très-probablement se produira ; mais ils furent très-douloureux, on y renonça. On plaça le membre dans l'extension ; on le fixa dans cette attitude. Le 28 application de vingt-cinq sangsues : même régime. Le 29, la douleur a cessé : on augmente l'alimentation, on administre des boissons légèrement toniques : la tumeur demeure à peu près au même état, elle est seulement un peu moins dure. Le 5 juin, six sangsues : la sensibilité de l'engorgement devient un peu plus marquée. Le 10, la tumeur ramollie avait diminué d'un centimètre (quatre lignes). Le 11, cinq annélides. Le 13, encore un peu d'amendement. On fit pendant le reste du mois quatre applications de cinq sangsues : tumeur diminuée de plusieurs lignes.

Le 1er juillet, on posa un petit moxa ; il produisit d'a-

bord beaucoup d'excitation ; on la diminua par les topiques émollients ; le décroissement de la tumeur fut assez rapide jusqu'au 15 août : on avait mis trois moxas. On recourut aussi, à cinq reprises, aux sangsues en petit nombre ; alors le volume normal de l'article n'était augmenté que d'un centimètre (un tiers de pouce) ; il paraissait exister une ankylose vraie. Le malade marcha malgré la défense qu'on lui en avait faite ; l'articulation redevint immédiatement mobile ; des symptômes inflammatoires très-intenses se manifestèrent ; le sujet avait repris de l'embonpoint, on le soumit à la diète absolue : saignée générale, trente sangsues, cataplasmes émollients, eau de gomme. Le 17 septembre trente annélides. Le lendemain, état chronique, quelques aliments. On mit en usage les sangsues en petit nombre, les vésicatoires et les moxas ; il ne resta qu'un léger engorgement siégeant sous le ligament rotulien inférieur. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale. Gabriel Boyer, maçon, âgé de seize ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital de la Pitié, le 1er juin 1825. Cause de la maladie inconnue ; l'engorgement existait depuis plusieurs mois ; l'article malade avait augmenté de quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi) ; avant-bras à demi fléchi, douleur vive, chaleur augmentée ; les mouvements de la jointure faisaient entendre le bruit particulier que nous avons indiqué dans la précédente observation. Vingt-

cinq sangsues, cataplasmes émollients, deux soupes : la maladie semble augmenter. Le 3, ving-cinq annélides, aucun amendement : le malade est faible; on suspend l'application des sangsues jusqu'au 15; l'on donne le quart d'aliments et l'on continue les cataplasmes émollients : point d'amélioration ; quinze sangsues qui sont encore sans effet. La santé du sujet s'affaiblit; on met alors un moxa; il augmente d'abord légèrement les symptômes inflammatoires qui s'amendent au bout de quarante-huit heures; les douleurs se dissipent peu à peu; le canal intestinal est sain. J'administre la tisane de houblon et le vin antiscorbutique; j'augmente la quantité des aliments. Le 24, nouveau moxa; la tumeur se ramollit, elle diminue sous l'influence des amers; la langue rougit; l'épigastre devient douloureux : diète, boissons gommeuses. Le 30, on revient aux antiscrofuleux; le malade prend des aliments; on fait quelques applications de sangsues en petit nombre; on met trois moxas dans le cours du mois de juillet : la santé générale du sujet devient bonne, il prend de l'embonpoint. Pendant les mois d'août et de septembre, on met six moxas; on emploie la compression. Le malade sort de l'hôpital le 15 octobre, il y a séjourné quatre mois et demi.

Les fonctions de l'articulation sont normales; la jointure est moins volumineuse que celle du côté opposé ; pendant les mouvements d'extension et de flexion, on entend encore les craquements dont nous avons parlé :

cependant les os n'ont pas paru participer à la maladie. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche de l'articulation du genou droit. Jamin, âgé de vingt-deux ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 5 août 1825 : la maladie s'était développée à la suite d'une marche forcée; le sujet avait alors quinze ans. Les progrès de la tumeur étaient lents; ils augmentaient sous l'influence d'un exercice un peu violent. Le malade était horloger et ne marchait ordinairement pas beaucoup; il vint à Paris, il fit d'assez longues courses à pied; il se manifesta de la douleur et de la tuméfaction sur l'article malade. Ce jeune homme fut forcé de garder le lit, il vint alors nous demander des soins.

Le volume normal de l'articulation avait augmenté; la jambe était à demi fléchie; ses mouvements très-bornés faisaient éprouver beaucoup de douleur. Vingt-cinq sangsues, cataplasmes émollients. Le sujet est assez faible; on donne le quart d'aliments. Le 7, moins de douleur; nouvelle application de sangsues. Le 9, encore vingt-cinq annélides; le genou diminue de plusieurs millimètres (quelques lignes); la tumeur n'est plus douloureuse : demie d'aliments, boisson légèrement tonique. Le 15, six sangsues, cataplasmes émollients : on observa peu de changement sur le genou. Le 18, cinq sangsues qui excitèrent légèrement. Le 21, diminution considérable de l'engorgement. Le 24, cinq sangsues; la tumeur se ramollit; dans l'espace de quinze

jours, on fait trois fois l'application de quatre sangsues : peu de progrès vers la guérison. Un vésicatoire volant est mis le 10 septembre; il ne produit rien; on en met un second le 13; le genou est légèrement excité; on en pose un troisième le 20, il produit un léger amendement : trois quarts d'aliments. On laisse reposer le sujet quelques jours : deux moxas, des frictions avec l'onguent mercuriel ont suffi poûr amener la guérison. Le malade est sorti de l'hôpital le 30 octobre, il y a séjourné trois mois. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne. J. Langlois se donna une entorse au pied droit, dans le cours du mois de février 1824 : on mit en usage le repos, les cataplasmes émollients et six sangsues; les douleurs se dissipèrent; mais elles reparaissaient aussitôt que le malade se livrait même à un exercice léger; d'ailleurs l'articulation se tuméfiait davantage. Ces douleurs devinrent continues; la marche fut impossible; le malade entra à l'hôpital de la Pitié, le 27 août 1824. Le volume normal de l'articulation s'était accru de six centimètres (deux pouces) : tumeur dure, chaleur un peu augmen tée, douleur assez vive.

Vingt-cinq sangsues, cataplasmes émollients, le quart d'aliments, eau de gomme. Le 29, cessation de la douleur; la tumeur a diminué de cinq millimètres (deux lignes) environ; les cataplasmes et le régime sont continués jusqu'au 1er septembre. Le 2, la tumeur étant toujours indolente, on applique six sangsues; on admi-

nistre des boissons légèrement toniques; cataplasmes émollients. Le 3, la tumeur est ramollie, mais elle n'est pas diminuée : cataplasmes émollients jusqu'au 7; même état; six sangsues. Le 8, la tumeur a perdu sept millimètres (trois lignes) de son volume. Le 11, huit sangsues; l'engorgement semble se ramollir un peu : cataplasmes émollients et boissons toniques jusqu'au 19. Le 20, vésicatoire sur l'articulation malade. Le 21, légère douleur; la tuméfaction augmente de plusieurs millimètres (quelques lignes). Le 25, elle a diminué d'un centimètre trois millimètres (cinq lignes) environ; on fait suppurer le vésicatoire jusqu'au 26. Le 27, six sangsues : le mieux se soutient, le ramollissement est un peu plus marqué. Le 30, six sangsues : léger amendement. Le 3 octobre, un second vésicatoire. Le 4, la tumeur est diminuée des deux tiers. Le 7, dix sangsues : le mieux continue; frictions avec soixante centigrammes (un sixième de gros) d'onguent mercuriel. Le 20, le malade est parfaitement guéri; la peau, qui était d'ailleurs mobile, comme celle du côté opposé, paraissait seulement conserver un peu d'épaisseur. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne droite. Mme Serres, âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique, couturière, ressentit au mois de février 1823 une douleur assez forte dans le poignet droit; elle put néanmoins se livrer pendant quelque temps encore à son travail ordinaire; mais deux mois

après, la maladie faisant des progrès, elle consulta un médecin qui prescrivit dix sangsues et des cataplasmes émollients : la tuméfaction augmenta ; la douleur, qui d'abord n'existait que pendant l'exercice du membre, devint continue et plus intense. La malade entra à l'hôpital de la Pitié le 15 août 1823.

L'articulation du poignet, la face dorsale de la main, la région inférieure de l'avant-bras étaient fortement tuméfiées ; la peau qui recouvre ces parties était luisante, rosée et tendue ; tumeur dure, mouvements difficiles et très-douloureux. Le volume de l'articulation était augmenté de plus de quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi).

Le 16, saignée de deux palettes et demie au bras ; vingt-cinq sangsues, cataplasmes émollients, eau de gomme, diète absolue.

Le 17, symptômes inflammatoires un peu moindres ; vingt-cinq sangsues, cataplasmes émollients, diète, boissons émollientes. Le 18, la tuméfaction a diminué d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) environ ; il n'existe presque plus d'inflammation ; la malade ne souffre pas ; la rougeur de la peau a disparu ; l'engorgement offre un peu moins de dureté. Les cataplasmes émollients et l'eau de gomme sont continués jusqu'au 25 ; la tumeur a diminué alors de plusieurs millimètres (quelques lignes), Le quart d'aliments.

Le 26, la maladie ne faisant pas de progrès vers la guérison, je prescrivis six sangsues ; elles produisirent

une douleur légère et un peu d'augmentation de la tumeur ; les cataplasmes émollients dissipèrent l'irritation trop forte qui avait été produite. Le 28, la tumeur se ramollit sans perdre de son volume ; demie d'aliments. Le canal intestinal est en bon état ; on fait prendre des boissons légèrement toniques. Le 31, six sangsues. Le 1er septembre, l'engorgement diminue de plusieurs millimètres (quelques lignes) ; la menstruation étant imminente, on continue les cataplasmes émollients jusqu'au 12. Les règles furent abondantes ; la tumeur devint moins dure ; les mouvements imprimés à l'article malade s'exécutèrent avec moins de difficulté. Le 13, cinq sangsues ; elles occasionnèrent une phlegmasie assez forte pour exiger une évacuation sanguine locale abondante. Le 15, l'inflammation avait été enlevée ; la tumeur était revenue au volume qu'elle offrait avant cet accident, mais elle était très-ramollie. Le 16, compression parfaitement bien supportée.

Le 22, l'articulation est presque revenue à son volume normal ; ses mouvements sont faciles. Le 23, cinq sangsues ; elles ne produisent aucun effet. Le 25, application d'un vésicatoire ; il détermine une excitation légère ; on le fait suppurer jusqu'au 1er octobre. Les tissus sont ramollis ; les règles surviennent. La guérison a lieu le 14 ; on applique la compression, et le 25 la malade quitte l'hôpital. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche du doigt médius, compliquée de

carie. Observation publiée par M. Margot, dans la *Revue médicale.* « M*** (César), âgé de seize ans, » d'une constitution lymphatique, portait au doigt » médius une tumeur blanche, existant depuis plusieurs » mois. Le malade avait été, dans son enfance, affecté » des scrofules, et portait encore des marques de cette » affection; la tumeur blanche avait été traitée, en » province, par les moyens ordinaires et sans nul » succès. Lorsque nous vîmes le malade pour la première » fois (avril 1823), nous trouvâmes le doigt médius » considérablement tuméfié dans presque toute son » étendue, mais surtout vis-à-vis l'articulation de la » deuxième avec la troisième phalange. Les mouve- » ments étaient douloureux et très-bornés, les tissus » d'un rouge violet, très-durs; deux orifices fistuleux, » à bords calleux et renversés, existaient au côté ra- » dial du doigt, l'un au-dessous, l'autre un peu au- » dessus de l'articulation de la phalangine avec la pha- » langette; un pus fétide, noirâtre, assez abondant, » sortait par ces deux solutions de continuité; l'intro- » duction d'un stylet fournissait facilement la sensation » propre à la carie; la chaleur de la partie était un » peu augmentée : je prescrivis le repos du membre, » quinze sangsues, des cataplasmes émollients, la po- » sition horizontale dans une écharpe; je réduisis les » aliments de moitié. Le canal intestinal me paraissait » en bon état : le malade fut mis à l'usage des boissons » toniques prises dans le cours de la journée, après le

» repas du matin, et jamais à jeun. L'évacuation san-
» guine fut abondante; elle diminua les symptômes in-
» flammatoires, mais ne les calma pas complétement;
» elle fut récidivée trois jours après, et cette fois la
» maladie devint tout à fait indolente. Les autres mé-
» dicaments dont faisait usage le malade, furent con-
» tinués seuls pendant dix jours. Le 1er mai, par cela
» même qu'il n'y avait plus de douleur, je prescrivis
» trois sangsues, qui furent répétées en même nombre,
» quatre fois, et à des intervalles égaux dans le courant
» du même mois. Les cataplasmes et autres moyens
» furent continués. Sous l'influence de ce régime, la
» tuméfaction du doigt diminua, les mouvements de-
» vinrent plus libres, et les tissus moins durs; la sé-
» crétion purulente fut moins abondante; l'orifice fis-
» tuleux, situé au-dessous de l'articulation, paraissait
» sur le point de se fermer; j'y avais fait pratiquer
» quelques injections avec le vin miellé, il ne tarda
» pas à se cicatriser complétement; cependant la cica-
» trice était violacée, et ne me parut pas d'une très-
» bonne nature. Jusqu'au 18 juin, je prescrivis trois
» applications de deux sangsues, qui me parurent ne
» produire aucun résultat avantageux. A cette époque,
» le malade éprouva des palpitations violentes, la
» langue devint rouge, l'épigastre douloureux; je sup-
» primai les boissons toniques; je mis le malade à la
» diète et à l'usage des boissons émollientes; quinze
» sangsues furent placées au pourtour de l'anus; le

» lendemain, douze sangsues sont encore appliquées » dans le même lieu; l'écoulement de sang fut abon- » dant et soulagea beaucoup le malade. La diète fut » continuée, et le douzième jour je revins aux aliments, » qui furent graduellement augmentés. Pendant que » je combattais ces complications, la tumeur fut recou- » verte par des cataplasmes émollients; la cicatrice qui » s'était formée sur le trajet fistuleux inférieur s'ouvrit » de nouveau. Du reste, le mieux se soutenait. Le » malade ne voulut plus, malgré toutes mes sollici- » tations, qu'on revînt à l'usage des sangsues; j'essayai » l'application d'un petit vésicatoire au côté cubital du » doigt; il fut répété huit jours après : sous leur in- » fluence, le doigt se détuméfia complétement, les » mouvements devinrent libres; il ne subsistait plus que » de légères callosités autour des orifices fistuleux; la » suppuration, du reste, était presque nulle. Je revins » aux injections avec du vin miellé, puis avec du vin » aromatique; plus tard, dans quatre onces de ce véhi- » cule, je fis dissoudre quinze grains de sulfate de zinc; » j'obtins de pouvoir revenir aux sangsues en petit » nombre : en deux mois j'y recourus sept fois, le » malade ne tarda pas à être entièrement guéri. Je » n'ai pas eu l'occasion de revoir le jeune homme de- » puis sa guérison. » (M. E. Margot a soigné ce malade.)

Tumeur blanche de l'articulation cubito-humérale droite. M*** (Joseph), ancien militaire, d'un tempérament bilioso-sanguin, me consulta à l'hôpital

de la Pitié à la fin du mois d'août 1822, époque à laquelle je remplaçais Béclard; l'articulation malade avait triplé de volume; les mouvements de l'avant-bras à demi fléchi étaient extrêmement bornés et fort douloureux; il n'existait pas d'augmentation de chaleur; la peau conservait sa couleur normale, l'engorgement était dur, la maladie datait d'un an; elle s'était développée à la suite d'une luxation du coude. Deux fistules pénétrant dans les tissus lardacés s'étendaient, la première jusque sur la partie inférieure et postérieure de l'humérus, la seconde jusque sur le cubitus. A l'aide de la sonde cannelée on sentait ces os à nu; mais il était impossible d'y reconnaître ni la carie, ni la nécrose : ces solutions de continuité fournissaient une grande quantité de pus dont la nature n'indiquait pas les maladies osseuses dont nous venons de parler.

Trente sangsues, cataplasmes émollients, eau de gomme, repos absolu du membre, le quart d'aliments. Le lendemain suppuration diminuée de moitié; douleurs nulles, même sous l'influence de la pression; mouvements plus faciles; le malade est très-affaibli pendant dix jours; cataplasmes émollients, tisane gommeuse, on augmente l'alimentation; tumeur beaucoup diminuée, liberté des mouvements plus marquée. Le onzième jour les douleurs reparaissent : vingt-cinq sangsues : les morsures en saignent peu; diminution des aliments; douleurs aggravées : érysipèle assez in-

tense, je prescris alors quarante sangsues et la diète absolue. Le quatorzième jour érysipèle presque entièrement dissipé : diète, cataplasmes émollients, eau de gomme. Quinzième jour, l'inflammation a cessé : les trajets fistuleux ne donnent pas de pus : deux potages féculents. Dix-huitième jour, quart d'aliments ; compression continuée pendant sept jours ; il coule de nouveau un peu de pus par les fistules : six sangsues, cataplasmes émollients, demie d'aliments. Le vingt-huitième jour, cinq sangsues, diminution très-considérable de la tumeur : mouvements du membre plus étendus, ils s'exécutent sans douleur ; il est impossible de faire pénétrer le stylet dans les trajets fistuleux dont les orifices sont néanmoins encore béants et fournissent un suintement purulent ; ils sont entièrement cicatrisés le trentième jour : trois quarts d'aliments : le trente-sixième, les cataplasmes sont remplacés par la compression. Le quarantième, l'article présente son volume normal ; continuation du même moyen pendant cinq jours : la jointure jouit de la liberté entière de tous ses mouvements, elle est moins volumineuse que celle du côté opposé. Guérison complète le cinquantième jour. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche de l'articulation fémoro-tibiale droite, et coxo-fémorale du même côté. Marie Mathieu, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution lymphatique, était affectée, depuis plusieurs mois, d'une tumeur blanche siégeant au genou droit : plus tard

était survenue une luxation spontanée du fémur avec tuméfaction de la jointure. La maladie de l'articulation tibio-fémorale était due à une violence extérieure, la cause de celle de la hanche n'était pas connue.

Le volume normal du genou était presque augmenté d'un centimètre (un tiers de pouce) : engorgement dur, jambe à demi fléchie sur la cuisse, mouvements très-peu étendus, augmentation de la caloricité; douleurs vives occupant toute l'étendue de la cuisse; des pressions légères, pratiquées sur l'article, arrachaient des cris à la malade.

Augmentation du volume de la hanche; la longueur du membre abdominal offre un allongement de deux centimètres environ (sept à huit lignes) : le grand trochanter est plus éloigné de la crète iliaque que celui du côté opposé. On observe à l'aine un engorgement assez développé; quand on comprime le grand trochanter, et lorsqu'on lui imprime des mouvements, on fait naître de la douleur.

Le 1er septembre, vingt sangsues autour de chacune des articulations : cataplasmes émollients, eau de gomme, repos absolu, deux soupes. Le lendemain l'inflammation est diminuée : trente sangsues, le quart d'aliments, point de douleur au genou, celle de la cuisse devient moindre; même régime jusqu'au 10; alors la maladie est indolente; demie d'aliments, tisane de houblon; continuation du repos et des cataplasmes émollients : diminution très-notable du genou et de l'engor-

gement inguinal. Le 11, six sangsues autour de l'articulation tibio-fémorale ; douleur, tumeur légèrement augmentée; au bout de quarante-huit heures, l'excitation trop forte qu'on venait de produire disparaît. Le 14, l'engorgement du genou a diminué de plusieurs lignes.

Le 15, huit sangsues sur l'article coxo-fémoral : diminution de l'engorgement inguinal, cataplasmes émollients, un bain entier. Le 20, cinq sangsues sur le même point; excitation un peu forte suivie d'un amendement très-marqué. Le genou a diminué de plusieurs millimètres (quelques lignes); il s'est beaucoup ramolli. Le 1er octobre, le membre abdominal a perdu un peu de sa longueur; le 2, six sangsues sur le genou. Le 5, idem; l'amendement continue ses progrès. Pendant les quinze jours qui suivent on applique deux fois cinq sangsues sur chacune des jointures malades : cataplasmes émollients. Le 21, la longueur du membre est normale, le genou présente encore un très-léger engorgement au-dessous de la rotule; il existe un peu d'épanchement dans l'articulation; on applique deux moxas sur la hanche; on met un vésicatoire sur l'article fémoro-tibiale; on a ensuite recours à la compression pendant quatre ou cinq jours. La malade est parfaitement guérie au commencement du mois de novembre. J'ai eu occasion de la revoir, la guérison s'est soutenue. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche des articulations du tarse chez

une femme ayant une déviation du pied; abcès. Pauline Bouteillier, journalière, âgée de vingt et un ans, d'une bonne constitution, était affectée depuis son enfance d'une déviation du pied dont la face externe reposait sur le sol; il n'est pas besoin de dire que la marche était gênée et pénible; ce membre offrait plus de volume que celui du côté opposé; la moindre fatigue y occasionnait de la douleur. La malade se livra à un exercice prolongé dans le mois d'octobre, elle fut alors obligée de garder le repos : elle entra à l'hôpital de la Pitié le 3 novembre 1825.

Pied très-volumineux, douleur vive, chaleur beaucoup augmentée, tissus durs, pression legère insupportable : le toucher faisait reconnaître sur la face dorsale du tarse un point très-limité de fluctuation. Repos absolu, diète, eau de gomme, vingt-cinq sangsues, cataplasmes émollients. Le 6, la collection purulente s'est accrue; on donne issue au pus : il était séreux, il exhalait une odeur fétide; le stylet introduit dans la plaie fournit la preuve que les os n'étaient pas même dénudés; la douleur diminua : elle avait cessé le 7. La sécrétion purulente était peu abondante : le quart d'aliments; même régime jusqu'au 9. On introduit alors le stylet dans le foyer purulent; il donne de nouveau l'assurance que les os ne sont pas malades : dix sangsues, diminution de l'engorgement. Le 12, huit sangsues, cataplasmes émollients, demie d'aliments, ramollissement de la tumeur; l'ouverture pratiquée pour

évacuer le pus faisait voir le tissu cellulaire à l'état jaune-serin. Le 15, six sangsues; diminution très-marquée de la tumeur, d'ailleurs beaucoup ramollie. Le 20, compression légère continuée jusqu'au 28; alors l'engorgement a entièrement disparu : on comprime encore quelques jours. La malade sort parfaitement guérie au commencement de décembre. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; ulcères sur la partie inférieure de la jambe. Annette Preau, couturière, âgée de trente-neuf ans, est d'une faible constitution : la maladie articulaire datait de plusieurs mois; sa cause était inconnue; le volume normal de l'article avait augmenté de plus de quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi) ; mouvements très-bornés; point de douleur; tissus durs, ils sont lardacés sur les endroits ulcérés ; l'induration s'étend jusque vers le tiers moyen de la jambe.

La malade entra à l'hôpital de la Pitié le 23 juin 1824 ; dix sangsues; cataplasmes émollients; repos absolu; demie d'aliments; les ulcères rougissent un peu. Trois jours après, six sangsues ; même régime; tumeur légèrement excitée; douleur légère; cataplasmes émollients; elle disparaît au bout de quelques jours. L'imminence des règles fit suspendre les évacuations sanguines : même régime; boissons toniques; menstruation abondante. Le 10 juillet, un peu de ramollissement des tissus, tumeur diminuée de plusieurs

millimètres (quelques lignes); on panse les ulcères avec le chlorure de chaux, ils marchent franchement vers la guérison : sept sangsues; trois applications de quatre à six de ces annélides sont faites dans les quinze jours qui suivent; les tissus deviennent moins durs : d'ailleurs même état de la tumeur. Les règles étant sur le point de venir, on cesse l'usage des sangsues; on continue les autres moyens; trois quarts d'aliments; mouvements de l'articulation plus faciles. Pendant le mois d'août, on applique quatre fois quatre à cinq sangsues. L'article est entièrement détuméfié, ses mouvements sont très-libres.

La malade devait sortir de l'hôpital, lorsqu'elle fut tout à coup affectée d'une violente angine compliquée de tuméfaction œdémateuse très-développée, siégeant au cou : saignée de deux palettes au bras; trente sangsues, eau de gomme, diète. Le rapprochement des mâchoires ne permet pas d'examiner le pharynx. Le lendemain, quarante sangsues; la force du pouls diminue; les douleurs s'amendent beaucoup; on peut voir l'arrière-gorge : on y aperçoit une efflorescence blanchâtre et tous les signes d'une angine gangréneuse : Gargarismes d'abord émollients, puis détersifs. Au moment où cette maladie se terminait, un dévoiement violent survint; il persistait malgré l'emploi des moyens ordinaires : quoique la malade fût faible, je fis appliquer douze sangsues à la marge de l'anus; elles réussirent. Annette Preau sortit de l'hôpital parfaitement guérie dans les premiers jours de

décembre 1825. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche du genou gauche. L. Gallet, âgé de vingt-trois ans, d'une forte constitution, éprouva dans les premiers jours de juin 1824 une contusion sur l'articulation tibio-fémorale gauche; il en résulta beaucoup de tuméfaction et de violentes douleurs; le premier de ces accidents s'amenda sous l'influence de vingt-cinq sangsues, des cataplasmes émollients et du repos; le second se dissipa entièrement. On mit en usage, pendant plusieurs jours, des bains de vapeurs aromatiques, ils échouèrent : le malade reprit ses occupations et fut bientôt forcé de garder le lit; il employa des remèdes empiriques excitants qui lui furent nuisibles.

Il entra à l'hôpital de la Pitié le 20 septembre; l'articulation était beaucoup augmentée de volume, elle était dure, élastique; peau rouge; chaleur très-développée; jambe à demi fléchie sur la cuisse; mouvements très-peu étendus et douloureux. La sensibilité de l'article était telle, que le poids des couvertures incommodait singulièrement le malade : saignée générale; cinquante sangsues en deux fois; cataplasmes émollients; diète; eau de gomme : l'inflammation disparaît; la tumeur se ramollit et diminue. On donne des aliments; on applique quatre fois six sangsues; on met deux vésicatoires volants; on a de nouveau recours à trois applications de cinq à huit sangsues; on fait des frictions mercurielles. Le malade, parfaitement guéri, sort de l'hôpital dans les premiers jours de novembre. Tous

les matins, on imprimait de légers mouvements au membre; l'on parvint ainsi peu à peu à étendre la jambe sur la cuisse. (Extrait de la *Revue médicale.*)

Tumeur blanche du genou droit (*Revue médicale*). « Sayot (Auguste), fondeur en caractères, âgé de dix-» sept ans, d'un tempérament lymphatique, éprouva » en septembre 1825, à la suite d'une grande fatigue, » une douleur très-vive dans le genou droit; bientôt il » se manifesta de la tuméfaction. Sayot fut obligé de » se mettre au lit; il garda le repos pendant quinze » jours; les douleurs devinrent moins fortes, mais la » tuméfaction persista.

» Le malade entra à l'hôpital le 23 novembre 1825, » nous vîmes le genou augmenté de quatre centimètres » cinq millimètres (un pouce et demi); la jambe était » un peu à demi fléchie sur la cuisse; les mouvements » étaient douloureux, ainsi que la pression; la peau n'a-» vait pas changé de couleur. M. Lisfranc prescrivit le » repos absolu, la position horizontale du membre, » vingt-cinq sangsues, des cataplasmes émollients, le » quart d'aliments, des boissons émollientes.

» Le 26, la douleur a diminué, la tuméfaction est moins » dure; on continue le même régime, les sangsues excep-» tées, jusqu'au 29. La tuméfaction, à cette époque, avait » diminué de près d'un centimètre (un tiers de pouce).

» Le 30, la maladie étant tout à fait chronique, » M. Lisfranc ordonna huit sangsues, quatre de chaque » côté de la rotule; les cataplasmes furent continués;

» le malade fit usage des trois quarts d'aliments et de » la tisane de houblon ; ce régime fut continué jusqu'au » 4 décembre ; à cette époque, nous observâmes une » diminution d'un centimètre (quatre lignes) à la partie » supérieure de la tumeur ; elle était encore plus considérable au milieu ; la partie inférieure n'avait subi » aucun changement. Le sujet éprouva quelques douleurs dans l'aine du côté malade ; on remarquait un » petit épanchement dans l'articulation.

» Le 8, quatre sangsues sur le genou, même régime ; » ramollissement très-marqué. Le 9, on ordonne la » compression ; elle fut supprimée au bout de trois » jours, et produisit peu d'effet. Un vésicatoire volant » fut appliqué le 12 : il excita assez fortement ; il fit augmenter la tumeur ; M. Lisfranc prescrivit de le faire » suppurer quelques jours. L'excitation disparut ; la » tumeur diminua, et le malade, à la fin de décembre, » touchait à sa guérison complète. Une imprudence, » faite le 1er janvier, fit revenir le gonflement et les » douleurs ; Sayot marcha pendant plusieurs heures ; » une application de vingt-cinq sangsues, des cataplasmes, des boissons émollientes, le quart d'aliments et le repos absolu calmèrent ces accidents. Un » nouveau vésicatoire volant, appliqué vers le milieu » du mois de janvier, la compression établie pendant » cinq jours, ont ramené l'articulation à son état normal, et Sayot est sorti parfaitement guéri le 11 février 1826. »

Tumeur blanche du genou gauche. Lambert, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, portait depuis quinze années une tumeur blanche du genou gauche : il entra à l'hôpital de la Pitié le 21 novembre 1835 ; le volume normal de l'article avait augmenté de six centimètres (deux pouces) ; le sujet éprouvait une douleur violente ; l'engorgement était dur et chaud : il paraissait exister une ankylose vraie : la jambe était d'ailleurs étendue sur la cuisse. Dans l'espace de vingt jours, je fis appliquer trois fois vingt-cinq sangsues ; j'eus recours aux cataplasmes émollients, au repos absolu, à la demie d'aliments ; la tumeur resta stationnaire ; l'inflammation fut seulement un peu amendée. J'employai alors huit décigrammes (seize grains) de calomel unis à quinze centigrammes (trois grains) d'opium muqueux ; le malade prit ces médicaments en trois doses, à des intervalles égaux, dans le cours de la journée.

Aussitôt que la salivation fut produite et bien développée, l'élément inflammatoire se dissipa complétement, et dans l'espace de dix jours que dura le ptyalisme, l'engorgement articulaire perdit un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) de son volume ; mais il demeura ensuite stationnaire. Je le combattis par les frictions de pommade d'iodure de plomb, par la compression, établie d'abord avec de l'agaric et des circulaires de bande ; plus tard j'employai les compresses graduées ; je dissipai ainsi peu à peu la tumeur, et le

malade fut guéri avec une ankylose qui paraissait être *vraie;* on sait que je me suis expliqué ailleurs sur le diagnostic de cette maladie.

Tumeur blanche rhumatismale du genou gauche. Fuiste (Alexandre), âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital de la Pitié, le 11 juillet 1831. Cet homme avait, à plusieurs reprises, éprouvé des douleurs rhumatismales bien caractérisées; un rhumatisme aigu se fixa sur son genou gauche; il passa à l'état chronique : le volume normal de l'article avait augmenté de sept centimètres cinq millimètres (deux pouces et demi); il existait de la douleur, qu'exaspéraient beaucoup les moindres mouvements.

J'administrai les boissons émollientes, je fis appliquer trente sangsues autour de la maladie; au bout de huit jours je répétai cette évacuation sanguine; je continuai d'ailleurs l'usage des cataplasmes émollients, je n'obtins aucun amendement; je fis poser un large vésicatoire au côté externe de la cuisse, à l'union du tiers supérieur de ce membre avec son tiers moyen : on entretint ce vésicatoire; le lendemain même de son application, la douleur était moindre; six jours après elle avait complétement disparu, et déjà le volume de la tumeur blanche avait diminué d'un centimètre (un tiers de pouce), mais cet amendement si rapide suspendit bientôt sa marche; j'eus recours aux frictions de pommade d'iodure de plomb et à la compression, qui

firent justice du reste de l'engorgement : le vésicatoire fut alors supprimé. Le sujet cessa aussi la tisane sudorifique dont il faisait usage depuis que sa maladie était devenue indolente ; il s'accoutuma peu à peu à faire de l'exercice, et son genou recouvra la liberté entière, libre et facile de tous ses mouvements.

N'omettons pas de faire observer que ce malade était venu, il y a quelques années, nous demander des soins pour une tumeur blanche due à la même cause, et que nous l'avions guéri à l'aide des mêmes moyens : cette fois, la guérison avait été beaucoup plus prompte ; la tumeur blanche offrait beaucoup moins de développement.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'EXOSTOSE NON VÉNÉRIENNE.

Les scrofules, la goutte, le rhumatisme, le scorbut et le cancer peuvent déterminer l'exostose.

Mais une violence extérieure appliquée sur un os

est-elle seule capable de produire cette maladie? On pense généralement que les causes externes ne sont presque toujours que déterminantes; qu'elles fixent, en d'autres termes, sur le point où elles agissent, un vice ou un virus qui fait développer l'affection dont nous nous occupons : on lit d'ailleurs dans beaucoup de livres qu'il est rare de rencontrer des tuméfactions osseuses idiopathiques. Je ne partage pas cette opinion : j'ai vu très-souvent, surtout à l'hôpital de la Pitié, des malades chez lesquels on ne pouvait pas même soupçonner l'existence d'un vice ou d'un virus, et cependant ils présentaient des exostoses survenues à la suite de contusions plus ou moins violentes. J'insiste sur ces faits; ils sont très-importants, car il est au moins inutile de combattre des causes qui n'existent pas : nous citerons bientôt un assez grand nombre d'observations qui viennent à l'appui du principe que nous soutenons.

Une tumeur sarcomateuse, polypiforme, qui n'a pas encore dégénéré en cancer, repose sur un os tuméfié : doit-on, dans tous les cas, sacrifier cet os? Il faut ici établir des distinctions, et faire la chirurgie des indications, trop négligée aujourd'hui. Si le système osseux sur lequel repose la production accidentelle que vous venez d'enlever, n'est superficiellement affecté ni de carie ni de nécrose; s'il n'est pas trop ramolli; si la pyramide du trépan, que vous introduisez dans deux ou trois points de son épaisseur, ne vous fait pas reconnaître l'une des maladies que nous ve-

nons d'indiquer, l'os doit être ménagé. L'expérience a, en effet, démontré que son augmentation de volume tient alors, dans la plupart des cas, à un surcroît de nutrition occasionné par la présence de la tumeur : j'ai presque toujours vu qu'après l'opération, l'exostose restait stationnaire ou disparaissait plus ou moins complétement, lors même qu'on n'employait aucun médication propre à obtenir l'un de ces heureux résultats ; mais je les ai bien plus souvent observés depuis que, grâce à l'heureuse alliance de la médecine et de la chirurgie, les médications que je vais bientôt exposer ont été mises en usage. Dans les cas où, malgré ces moyens, la maladie de l'os ferait des progrès, il serait temps encore d'enlever l'exostose, et l'on aurait couru les chances presque certaines d'éviter une seconde opération.

Un malade portait une tumeur fibreuse du volume de la moitié du poing, siégeant sur le bord antérieur de la branche de la mâchoire inférieure du côté droit; cette partie de l'os avait quadruplé d'épaisseur. Dupuytren pratiqua une incision qui, partant de la commissure des lèvres et divisant toute l'épaisseur de la joue, alla se rendre à cinq millimètres (deux lignes) au-dessous du niveau du lobe de l'oreille; il disséqua les adhérences que la production accidentelle avait contractées avec les parties environnantes ; il la saisit avec deux érignes, il exerça sur elle des tractions et de fortes torsions; elle fut ainsi arrachée; le tissu osseux hyper-

trophié fournissait une assez grande quantité de sang noir, mais il n'offrait aucune trace de carie ni de nécrose. Le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu hésita un instant sur le parti qu'il devait prendre; il se décida à faire avec la pyramide du trépan l'exploration dont nous avons parlé : elle fut heureuse; on ne sacrifia point l'os; la plaie se cicatrisa rapidement. Un mois après l'opération, la tuméfaction osseuse avait au moins diminué de moitié, quoique aucun moyen n'eût été mis en usage pour faciliter ou produire ce beau résultat. Le reste de la tumeur est demeuré stationnaire; j'ai revu le malade au bout de trois ans, et je m'en suis convaincu.

Un homme était affecté d'une tumeur fibreuse de la grosseur d'un œuf de poule; elle siégeait sur la partie moyenne du bord interne et de la face postérieure du cubitus, qui paraissait doublé de volume en cet endroit : je pratiquai une incision en T, et, après avoir disséqué les lambeaux, je saisis la production accidentelle avec une érigne de Muzeux : j'exerçai sur elle des tractions et des torsions; j'eus recours en même temps à l'énucléation; elle fut ainsi assez facilement enlevée : l'os paraissait d'ailleurs sain; je l'explorai comme il a été dit plus haut; je ne trouvai ni carie ni nécrose. Je réunis la plaie par première intention, avec la précaution de placer une petite mèche entre ses bords, sur le point le plus déclive. Les lambeaux se cicatrisèrent entre eux, mais leur face interne et l'os suppurèrent :

le malade fut pansé deux fois par jour; on avait soin de bien évacuer la matière purulente. On fit, pendant une huitaine, des injections émollientes presque froides dans l'intérieur du foyer; on mit en usage les cataplasmes émollients et le régime des grandes opérations; peu à peu la suppuration devint moindre; un mois suffit pour obtenir la guérison de la solution de continuité. Déjà l'exostose avait légèrement diminué; mais les antiphlogistiques et les fondants furent mis en usage d'après les préceptes que nous indiquerons bientôt, et au bout de six semaines le cubitus était presque revenu à son état normal.

Un fongus qui n'était pas encore cancéreux, siégeait sur le centre du bord supérieur de la mâchoire inférieure; il offrait le volume d'une très-grosse amande; il adhérait au fond des alvéoles dépourvues de dents; il s'étendait de l'un des orifices externes du canal dentaire inférieur à l'autre; l'os avait doublé d'épaisseur sur ce point. J'enlevai l'épulis avec l'instrument tranchant; je coupai le bord alvéolaire avec des tenailles incisives. Après m'être assuré que le tissu osseux n'était pas carié ni nécrosé, j'appliquai fortement le cautère actuel, comme le conseille A. Paré.

Le lendemain, une inflammation assez forte s'était développée, je fis appliquer vingt sangsues au-dessous du menton; je mis en usage les cataplasmes et les gargarismes émollients; la phlegmasie se dissipa presque complétement. Plus tard, je cautérisai à plusieurs re-

prises, à l'aide du nitrate d'argent fondu, les bourgeons charnus *luxurieux*. Trois semaines après l'opération, la plaie était guérie. L'exostose, soignée d'après les principes dont je vais m'occuper, avait presque entièrement disparu après deux mois de traitement.

Un malade portait sur la face dorsale du pied un lipôme en partie lardacé : il occupait la moitié du diamètre transversal de ce membre ; il s'étendait depuis l'articulation tarso-métatarsienne jusqu'à cinq millimètres (deux lignes) des orteils ; je l'enlevai ; le premier métatarsien fut mis à découvert dans les deux tiers de sa circonférence ; son volume normal avait augmenté de moitié ; cet os était rugueux ; il paraissait dépourvu de périoste en plusieurs endroits ; néanmoins je ne le sacrifiai pas ; je réunis par première intention, je plaçai une mèche de linge effilé sur ses bords, dans le point le plus déclive de la plaie ; elle suppura ; j'employai les cataplasmes émollients ; on fit les pansements deux fois par jour : la guérison de la solution de continuité fut obtenue en cinq semaines. Je traitai l'exostose d'abord par les antiphlogistiques et ensuite par les fondants, suivant les indications. Trois mois après l'opération, la tuméfaction osseuse semblait avoir complétement disparu ; le malade marchait parfaitement bien.

J'ai opéré plusieurs malades, chez lesquels des tumeurs fibreuses ou charnues situées sur l'os maxillaire supérieur, avaient aussi déterminé des exostoses ; j'ai

enlevé ces tumeurs en suivant les préceptes que je viens d'exposer, et presque toujours mes opérations ont été heureuses; mais, dans quelques cas, le fongus s'est reproduit; d'autres fois l'exostose a fait des progrès : il a fallu alors se décider à enlever l'os dans une étendue exigée par les circonstances morbides. N'omettons pas de faire remarquer que si la production accidentelle récidive, que si la tuméfaction osseuse s'accroît, la maladie peut marcher avec une incroyable rapidité; il faut donc se hâter de pratiquer une seconde opération, car bientôt l'état pathologique pourrait être au-dessus de toutes les ressources de l'art : nous avons montré un cas de ce genre, l'an dernier, à l'hôpital de la Pitié.

Personne n'ignore que la carie se développe souvent sur les exostoses; on sait que J.-L. Petit a traité de ces maladies dans le même chapitre, tant leur liaison lui paraissait intime; il arrive assez souvent alors que la tuméfaction osseuse est entièrement détruite, et qu'elle est remplacée par de la matière purulente. S'il est impossible de constater la présence du détritus osseux, si la peau a conservé son épaisseur et sa couleur normales, si des inégalités osseuses ne sont pas perçues, il est facile de commettre des erreurs de diagnostic.

Un malade portait sur le front deux tumeurs du volume environ d'une noix ordinaire; elles étaient arrondies, bien circonscrites, sans changement de

couleur à la peau et sans augmentation de chaleur, elles dataient de deux ans; elles présentaient de la fluctuation; on ne sentait ni inégalités, ni détritus osseux; un chirurgien distingué oublia de demander au malade si ces tumeurs n'avaient pas d'abord été très-dures et immobiles; il les prit pour des loupes; mais en pratiquant l'opération destinée à enlever la première, il s'aperçut bientôt qu'il avait pénétré dans un foyer purulent où il trouva des parcelles osseuses et la carie qui avait déjà altéré profondément le coronal. Le sujet avait d'ailleurs été plusieurs fois affecté de maladie vénérienne.

L'exostose existe-t-elle avec ou sans inflammation du tissu osseux? Cette question doit être examinée avec une scrupuleuse attention; j'y répondrai par oui et par non; j'éviterai ainsi les idées exagérées qui ont été émises en sens divers et qui, ici, comme dans mille autres circonstances, ont été si nuisibles et même funestes aux intérêts de la science et de l'humanité. L'opinion que je viens d'émettre sera le pivot sur lequel roulera presque toujours notre thérapeutique; prouvons qu'elle est basée 1° sur la pathologie, 2° sur l'anatomie pathologique, 3° sur la thérapeutique.

1° Les exostoses sont très-souvent accompagnées de douleurs quelquefois même très-vives; souvent aussi la caloricité de la peau qui recouvre ces tumeurs est augmentée. Dans d'autres circonstances, la tuméfaction osseuse est indolente, ou bien l'on n'y observe aucun accrois-

sement de chaleur : voilà deux états essentiellement différents : or, il est démontré pour nous par la pathologie que, dans le premier, il existe une phlegmasie, et que, dans le second, il n'y a pas d'inflammation, à moins qu'elle ne soit latente, comme l'observation l'a rarement démontré.

2° Chez un très-grand nombre de sujets, on trouve, surtout quand l'os est scié, son tissu fortement injecté; il est beaucoup plus rouge qu'à l'état normal, il a subi un ramollissement très-marqué; ces états morbides se font quelquefois même observer dans les exostoses *éburnées* : j'en ai présenté, il y a quelques années, un exemple remarquable à l'Académie royale de Médecine. J'avais pratiqué l'amputation de la cuisse sur une dame de la rue Montmartre : l'extrémité inférieure du fémur offrait, en général, la consistance de l'espèce de tuméfaction osseuse dont je viens de parler : l'os fut scié parallèlement à son axe, il était très-rouge sur toute l'étendue des surfaces divisées, et il existait çà et là un très-grand nombre de points singulièrement ramollis. Je fis quelque temps après la même opération à l'hôpital de la Pitié, et je montrai à ma clinique les mêmes résultats. Il est d'autres cas au contraire dans lesquels le tissu osseux n'est ni injecté, ni ramolli, ni plus rouge qu'à l'état normal. L'anatomie pathologique démontre donc incontestablement que l'exostose peut exister avec ou sans inflammation.

3° Lorsque la tumeur est douloureuse, même sans

augmentation de la caloricité, les antiphlogistiques, parmi lesquels les saignées locales tiennent le premier rang, dissipent presque toujours les douleurs et diminuent la tuméfaction osseuse; tandis que ces moyens ne produisent ordinairement aucun effet, quand le développement de l'os est indolent. Met-on dans ce dernier cas en usage les fondants, les excitants, il est assez rare qu'ils ne réussissent pas plus ou moins; ces derniers médicaments sont au contraire nuisibles lorsque l'exostose présente des signes d'inflammation. L'expérience a sanctionné ces faits un très-grand nombre de fois à l'hôpital de la Pitié; les élèves et les médecins qui suivent ma clinique les ont observés comme moi. La thérapeutique fournit donc la preuve que l'exostose peut exister avec ou sans inflammation. Je professe depuis longtemps les idées qu'on vient de lire; elles sont consignées dans la *Gazette des Hôpitaux* (24 avril 1830 et 1835); l'on sait les heureux résultats que j'en ai obtenus dans notre hôpital; nous citerons d'ailleurs bientôt des observations qui viennent à leur appui.

Les moyens antiphlogistiques, fondants et excitants destinés à combattre les exostoses, seront employés d'après les principes établis au chapitre *Tumeurs blanches* de cet ouvrage. On n'oubliera pas de recourir aux médicaments propres à attaquer les vices rhumatismal, goutteux, scorbutique et scrofuleux, quand l'état phlegmasique ne s'y opposera pas.

N'omettons pas de faire remarquer que de tous les en-

gorgements *chroniques*, appelés vulgairement *blancs*, celui dans lequel les subinflammations renaissent le plus souvent quand on les a enlevées à l'aide des moyens thérapeutiques est, sans contredit, à mon avis, l'exostose.

Les idées que nous venons d'émettre sur cette maladie, nous semblent devoir être appliquées à la périostose. M. Rogneta a publié sur ces deux affections morbides, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un travail très-important que nous conseillons de consulter.

Beaucoup d'individus soumis à des contusions n'en souffrent malheureusement pas assez, ne les soignent pas ou ne veulent pas consentir à un traitement complet; ils se livrent même à leurs travaux ordinaires : il reste quelquefois une douleur sourde et profonde, dont l'existence peut être spontanée, et qui d'autres fois est produite ou bien augmentée par la pression ou bien encore par les mouvements auxquels les malades se livrent; cette douleur persiste plus ou moins développée, pendant plusieurs mois et même plusieurs années, sans qu'il en résulte d'ailleurs d'autres inconvénients, au moins d'une manière apparente; puis enfin les souffrances augmentent, et trop souvent on reconnaît une exostose d'autant plus volumineuse que le sujet a négligé plus longtemps d'examiner le point douloureux ou de le soumettre aux investigations d'un chirurgien.

Un homme avait reçu un violent coup de pied à la partie supérieure, antérieure et interne de la cuisse

droite : pendant quelques jours, il appliqua seulement des cataplasmes émollients et reprit ses travaux; sa santé était d'ailleurs excellente, il ne portait dans sa constitution ni vice, ni virus. La douleur résultant de son accident persista à un léger degré pendant un an environ; il se manifesta une exostose près de l'extrémité coxale du fémur; traitée empiriquement, elle prit un accroissement rapide, elle devint énorme, elle s'étendait au loin sur les os du bassin et même jusqu'à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen. Les tissus qui recouvraient la tumeur étaient en mauvais état; il ne fut pas même possible de pratiquer l'amputation dans l'articulation coxo-fémorale. Le malade, couché au n° 36 de la salle Saint-Louis, sortit de l'hôpital; j'ignore ce qu'il est devenu.

Un jeune homme d'une constitution lymphatique, fit un chute sur les genoux; la peau fut légèrement déchirée au-dessous du condyle interne du tibia; une douleur, d'abord très-vive, se manifesta; on la traita par les cataplasmes émollients et par le repos; elle se dissipa presque complétement en quelques jours; alors le malade, souffrant peu, se livra à l'exercice; mais il conservait toujours sur le point correspondant du tibia, que nous avons indiqué, une sensation douloureuse, qui se faisait surtout sentir sous l'influence de la pression, et lorsque le sujet avait beaucoup marché. Huit mois s'écoulèrent ainsi sans qu'on pût apprécier aucune augmentation de volume dans le tissu osseux; à cette

époque une tumeur commença à se développer ; c'était une exostose : elle acquit, dans l'espace d'un an, le volume du tiers du poing environ. Traitée suivant les indications que nous avons posées, elle diminua de moitié, et le reste de la maladie demeura à l'état stationnaire essentiellement indolent.

Une jeune personne, d'une assez bonne constitution, heurta la partie supérieure de sa poitrine, contre l'espagnolette d'une croisée ; on employa des cataplasmes émollients laudanisés ; la douleur ne se dissipa pas complétement, elle existait plus spécialement lors des fortes inspirations auxquelles la malade se livrait ; elle n'était d'ailleurs pas constante, mais toujours des pressions même faibles la produisaient ou l'augmentaient; la santé générale se soutenait très-bonne, et l'on ne donna, pendant trois mois, aucune attention à cette incommodité très-légère qui ne faisait, pour ainsi dire, pas souffrir. On aperçut alors à l'union du tiers supérieur du sternum, avec son tiers moyen, une exostose qui, dans l'espace de cinq à six semaines, offrit le volume d'une noisette. Nous l'avons traitée par les antiphlogistiques d'abord, et ensuite par les fondants, suivant les indications; elle a disparu entièrement en soixante et dix jours : l'iodure de potassium, administré à l'intérieur, a aussi été employé.

Ces faits, auxquels je pourrais en ajouter une infinité d'autres, suffisent pour faire tenir les chirurgiens en garde contre les résultats, souvent trop dangereux, des

contusions appliquées surtout sur les os, et dont on n'a pas soin d'enlever jusqu'aux dernières traces.

Pour éviter les accidents graves et même quelquefois funestes auxquels les malades sont exposés, quand ils s'endorment sur la foi des traités, dans les cas qui nous occupent, on doit beaucoup plus insister sur les évacuations sanguines locales, sur les cataplasmes émollients et sur les narcotiques, qu'on ne le fait ordinairement. Si la douleur ne disparaît pas, si néanmoins la phlegmasie est en grande partie dissipée, on met en usage les résolutifs; ils réussissent d'autant mieux que les antiphlogistiques ont diminué les moyens de réaction que la nature aurait opposés aux effets salutares de ces médicaments. Lorsque la maladie résiste, on a recours, à moins que les localités ne s'y opposent, à l'application d'un ou plusieurs vésicatoires ordinairement volants. Dans les cas où la constitution du sujet fléchirait, la phlegmasie n'étant pas aiguë, on administrerait les amers et les toniques à l'intérieur. Il est extraordinairement rare qu'à l'aide des précautions que nous venons d'indiquer, les contusions sur le système osseux ne deviennent pas innocentes.

Terminons ce chapitre, en exposant ici quelques-uns des faits nombreux que nous possédons, en faveur de nos idées sur les exostoses.

« Un malade qui est dans les salles, et qui porte sur » les côtes une exostose assez volumineuse, a été sou-

» lagé par les saignées : la tumeur a diminué évidem-
» ment depuis son séjour à l'hôpital.

» M. Lisfranc cite encore l'exemple d'une exostose » volumineuse siégeant dans l'aisselle, et sur le point de » départ de laquelle il y a doute ; des chirurgiens la » croient développée sur le scapulum, d'autres sur les » côtés. Le malade y éprouvait des douleurs peu vives, » la caloricité était augmentée ; les saignées locales, les » cataplasmes, traitement que M. Lisfranc a eu de la » peine à faire adopter, ont apporté du soulagement, » et la tumeur a perdu un tiers environ de son vo- » lume. » (*Gazette des Hôpitaux*, 28 avril 1835.)

Exostose du radius, diminution considérable de la tumeur par l'usage des antiphlogistiques et des fondants. « Au n° 2 de la salle Saint-Louis est » couché un jeune homme, âgé de quatorze ans, dont » la constitution offre quelques traces de scrofule ; il » porte sur l'extrémité inférieure du radius droit, une » exostose qui avait triplé le volume de cet os ; il y avait » douleur et augmentation de chaleur sur la partie » de la peau qui recouvre la tumeur. M. Lisfranc, at- » tribuant ces phénomènes à l'inflammation, fit ap- » pliquer des cataplasmes émollients et vingt sangsues ; » la douleur et l'augmentation de chaleur disparurent ; » l'exostose diminua de cinq millimètres (deux lignes), » mais deux fois la douleur reparut et deux fois les mêmes » moyens en firent justice ; puis au bout d'une huitaine » de jours, on pratiqua sur la tumeur des frictions avec

» la pommade d'hydriodate de potasse ; on établit la » compression avec des disques d'agaric et des circu- » culaires de bande ; on administra le muriate de ba- » ryte à l'intérieur. Le volume de la tumeur a diminué » des deux tiers, et depuis au moins deux mois, le jeune » homme ne souffre plus et se sert du membre affecté » comme s'il n'était pas malade. « (*Gazette des Hôpitaux*, 2 mars 1837.)

Exostose tibiale très-étendue, crainte de nécrose. N°. 5, salle Saint-Louis. « Sujet éminemment scrofu- » leux, ayant une exostose très-étendue du tibia droit, » qui six fois a été affecté de nécrose.

» Un mouvement inflammatoire s'était établi ces » jours derniers vers les condyles ; ce mouvement nous » a fait craindre des accidents graves, vu la constitu- » tion du sujet, et parce que les sangsues qui quel- » quefois enlèvent ces inflammations pour ainsi dire » d'emblée, d'autres fois demandent à être réappli- » quées deux, trois et même quatre fois, ce qui ne » serait pas praticable sans inconvénient chez tous les » sujet et chez le nôtre en particulier.

» Néanmoins, nous avons essayé, et dès lors nous » avons vu l'engorgement du tibia diminuer. En même » temps une amélioration générale est survenue chez » le malade.

» Loin de nous la pensée d'attribuer exclusivement » à l'action des sangsues le changement tant local que » constitutionnel qui s'est effectué chez notre sujet,

» ainsi que le feraient certains médecins physiologistes ; » car, ainsi que nous venons de le dire, ce moyen » pouvait rester sans résultat avantageux.

» Entièrement dégagé de toute sorte de prévention, » et nullement soumis à l'influence des doctrines, » nous avons attentivement observé la marche du mal ; » consécutivement à l'emploi des sangsues, nous avons » vu l'amélioration survenir, et alors nous avons con- » tinué. Si au contraire, au lieu d'en tirer un avantage » évident, elles eussent fait mal, nous nous serions » arrêté. Telle en effet eût été notre conduite, si nous » eussions vu le malade pâlir, maigrir, et nous pré- » senter cette infiltration du tissu cellulaire qu'il n'est » pas rare d'observer en pareille circonstance ; mais » rien de tout cela n'étant arrivé, nous avons persisté » dans l'emploi du moyen, et le malade va beaucoup » mieux aujourd'hui. » (*Gazette des Hôpitaux*, 16 juillet 1839, p. 338.)

Exostose de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Observation recueillie en 1839, par M. Malespine, alors attaché à notre service en qualité d'élève interne.

Au mois de novembre de l'année 1839, le nommé Gabriel tomba à la renverse, et, dans sa chute, l'extrémité inférieure de l'avant-bras gauche heurta fortement contre la roue d'une voiture. Cette contusion ayant déterminé un gonflement considérable avec tension, rougeur, chaleur et douleur très-vive, ce malade entra à Beaujon, où l'on fit l'ouverture d'un abcès survenu dans

la région contuse, abcès que n'avaient pu prévenir une saignée copieuse et une application de trente sangsues.

Renvoyé après dix jours de séjour à l'hôpital, cet homme reprit ses occupations habituelles.

Cependant l'extrémité inférieure de l'avant-bras restait tuméfiée, douloureuse; l'ouverture de la plaie s'était cicatrisée dans sa partie moyenne, tandis que ses deux extrémités donnaient toujours issue à une certaine quantité de pus, et se convertissaient en trajets fistuleux : la douleur devenant continuelle, la tuméfaction considérable, les mouvements de la main sur l'avant-bras impossibles, le malade vint à la Pitié, le 5 janvier, cinquante jours environ après l'accident, trente-cinq jours après sa sortie de Beaujon.

État à l'entrée. A la partie inférieure et dorsale de l'avant-bras, dans l'étendue d'une pièce de trois francs, siége une tumeur très-dure, non circonscrite, à surface légèrement inégale, dont le point le plus élevé se trouve au-dessus de l'articulation radio-cubitale inférieure, dont la circonférence se confond avec les extrémités osseuses plus volumineuses qu'à l'état normal; je dis plus volumineuses qu'à l'état normal, car la tumeur est incompressible; adhérente au radius et au cubitus, elle est constituée par un relief de leur surface, et non par un engorgement des parties environnantes.

La peau qui recouvre cette tumeur est rouge, et présente, dans le point le plus culminant, les orifices des deux

trajets fistuleux déjà mentionnés. Après avoir pénétré à la profondeur de sept millimètres ou un centimètre environ (trois ou quatre lignes), le stylet est arrêté par une surface résistante et impénétrable. La tumeur est le siége de douleurs continues, exaspérées par une pression modérée, n'augmentant point pendant la la nuit.

Cet homme, âgé de quarante-quatre ans, d'un tempérament robuste, n'ayant jamais contracté de maladie syphilitique, n'offrant aucun signe du vice scrofuleux, est affecté d'une exostose locale à marche aiguë, exostose qui reconnaît évidemment pour cause une contusion.

Le 6 janvier, nous appliquons vingt-cinq sangsues au-dessus de la tumeur. Le 7 et les jours suivants, nous ordonnons le repos absolu et l'usage des cataplasmes émollients.

Sous l'influence de ces moyens, le 14 du même mois, la tumeur a sensiblement diminué de volume; les trajets fistuleux sont presque cicatrisés; mais la peau étant encore un peu rouge et la tumeur sensible à la pression, nous prescrivons une nouvelle application de vingt-cinq sangsues.

Le 16, la tumeur ne présente plus aucun signe d'inflammation; les trajets fistuleux sont complétement cicatrisés; alors on met en usage la compression, qui a été continuée jusqu'au 24 janvier: elle a produit la gué-

rison si heureusement préparée par les antiphlogistiques.

Le 24 janvier, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri; il reste seulement une petite tumeur dure, mais mobile, située dans l'épaisseur de la peau et formée par les cicatrices des trajets fistuleux indiqués.

Exostose de l'extrémité inférieure du radius. Henri Lévêque, âgé de onze ans, imprimeur, entra à l'hôpital de la Pitié, le 11 juin 1836; il était d'un tempérament lymphatique; il offrait même quelques symptômes de scrofule : la maladie datait de sept mois environ; elle paraissait n'avoir été produite par aucune violence extérieure; la tumeur de l'extrémité inféricure du radius, d'abord indolente, avait suivi une marche lente et progressive.

Trois mois avant son entrée dans notre service, le malade fut soumis, dans un autre hôpital, à l'usage des applications d'onguent mercuriel et d'emplâtres de poix de Bourgogne; sous l'influence de ce traitement, l'engorgement devint douloureux et augmenta de volume; la peau rougit un peu; les parties molles environnantes furent le siége d'une inflammation sub-aiguë. On proposa alors à Lévêque l'amputation de l'avant-bras; il n'y consentit pas et rentra dans sa famille où il resta un mois environ.

Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, son exostose avait presque doublé le volume de l'extrémité inférieure du radius : peau rouge, tissus voisins

enflammés, exaspération de la douleur par la pression, mouvements de l'articulation radio-carpienne difficiles, santé générale assez satisfaisante; huit sangsues autour de la tumeur; cataplasmes émollients. Huit jours après, quinze sangsues; diminution de la douleur et de la tuméfaction; mais bientôt l'engorgement redevient douloureux; on a recours à une nouvelle émission sanguine locale; les cataplasmes émollients sont arrosés avec le laudanum de Sydenham. Un léger érysipèle survient; l'axonge en fait justice en quarante-huit heures; peu à peu la phlegmasie s'amende, elle cède enfin à l'application de quinze sangsues. On continue les cataplasmes émollients; on commence à l'intérieur l'usage de la dissolution suivante :

Eau distillée.	Cent vingt grammes (quatre onces).
Muriate de baryte. .	Deux décigrammes (quatre grains).

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure; ne pas administrer la potion une heure avant le repas; ne la reprendre que deux heures après avoir mangé; abstinence complète de viande et de vin. Le muriate de baryte fatigue les organes digestifs; on le supprime, au bout de huit jours; on en reprend l'usage après deux septénaires; il est alors toléré; on en porte graduellement la dose à un gramme (vingt grains). J'établis en même temps la compression avec de l'agaric et des circulaires de bande.

L'exostose diminue beaucoup. Vers la fin de novembre, la maladie devenant stationnaire, le sujet ne pouvant pas supporter plus d'un gramme (vingt grains) de muriate de baryte, nous suspendîmes toute espèce de traitement, afin de laisser reposer l'économie qui semblait s'habituer aux remèdes employés depuis quelque temps.

Lorsqu'on reprend le traitement, on met d'abord en usage le muriate de baryte seulement; on y joint ensuite la compression faite avec l'agaric et les circulaires de bande; on pratique matin et soir des frictions avec la pommade d'iodure de plomb.

Dans le courant de février, la résolution de la tumeur recommence à faire des progrès.

Mars. Le muriate de baryte à la dose d'un gramme (vingt grains) n'est pas toléré; on suspend l'usage de ce médicament, sans discontinuer les moyens locaux; la maladie marche franchement vers la guérison.

Avril. L'extrémité inférieure de l'avant-bras droit, présente un volume qui n'excède que de deux ou trois lignes celui de la même partie du côté opposé.

Au commencement de mai, le radius est presque revenu à son état normal; on continue l'emploi des moyens locaux. Vers la fin de ce mois, guérison, ce dont il est facile de se convaincre, par la mensuration du membre faite avec des liens appliqués sur des marques préalablement tracées sur le lieu où existait la tumeur.

Juin. Dans une querelle avec un de ses camarades, Lévêque reçoit un coup de pied sur la partie inférieure de l'avant-bras; la tuméfaction osseuse reparaît avec douleur et augmentation de chaleur; trois applications successives de sangsues à la face postérieure de l'avant-bras, au-dessus du mal, suffisent pour maîtriser et faire disparaître les accidents inflammatoires.

Juillet. On reprend l'usage du muriate de baryte; on revient à la compression et aux frictions faites avec la pommade d'iodure de plomb.

Août. La guérison est pour ainsi dire complète, l'extrémité inférieure de l'avant-bras est à peine un peu plus volumineuse que celle du côté opposé; continuation des mêmes moyens. Le malade sort de l'hôpital, parfaitement guéri, le 14 septembre 1837; la main jouit de la liberté entière de tous ses mouvements.

Exostose du cinquième métacarpien. Prieur, homme de peine, âgé de trente-trois ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de la Pitié le 13 novembre 1838. Un morceau de bois volumineux était tombé sur la face dorsale de sa main droite; le cinquième métacarpien se tuméfia ainsi que les tissus environnants : cataplasmes émollients laudanisés; cent quarante sangsues dans l'espace de quinze jours; l'engorgement des parties molles disparut, on s'assura de nouveau qu'il n'existait pas de fracture; la douleur cessa ; j'établis la compression avec de l'agaric et des

circulaires de bande, j'eus recours à la pommade d'iodure de plomb. Sous l'influence de ces moyens, la résolution de la tumeur est presque complète; le malade est guéri le 13 décembre.

Exostose du fémur. Lallemand (Jean), journalier, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de la Pitié, le 7 septembre 1831; il portait, à l'union du tiers moyen de la cuisse avec son tiers inférieur, une tumeur volumineuse qui semblait d'abord être formée par les parties molles : elle était le résultat d'une violence extérieure qui datait d'un mois. Il y avait augmentation de chaleur et douleur vive : cinquante sangsues autour de la tumeur, cataplasmes émollients; diminution de l'engorgement; on peut alors très-facilement constater l'existence d'une exostose. Le malade ne souffre plus au bout de quinze jours : compression établie avec de l'agaric et des circulaires de bande : on met en même temps en usage la pommade d'iodure de plomb : huit jours après l'emploi de ces moyens, la douleur reparut, on en fit abstraction; cinquante nouvelles sangsues, cataplasmes émollients laudanisés. La phlegmasie ayant de nouveau cessé, je revins à l'usage des frictions fondantes et de la compression faite d'abord avec de l'agaric et des circulaires de bande; plus tard je l'établis à l'aide d'attelles enveloppées de linge, et sur lesquelles j'appliquai un bandage roulé fortement serré. Le 17 octobre, le volume de l'exostose avait diminué des deux tiers;

Lallemand marchait très-facilement sans éprouver la moindre incommodité; il crut qu'il était guéri, et malgré nos conseils il sortit de l'hôpital.

Exostose du fémur. Lecourt, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, n'ayant jamais eu d'affection syphilitique, reçut, le 27 octobre 1838, un coup de pied de cheval sur la cuisse droite; il garda le lit vingt-quatre heures et reprit le lendemain ses travaux, quoiqu'il éprouvât encore beaucoup de douleur : le malade boite; il souffre beaucoup en marchant, la tuméfaction osseuse se développe et s'accroît.

Il entra à l'hôpital de la Pitié, le 27 avril 1839 : il porte sur le tiers moyen de la face antérieure du fémur droit une exostose; le diamètre longitudinal de cette tumeur est de treize centimètres cinq millimètres (quatre pouces et demi), le transversal est de sept centimètres cinq millimètres (deux pouces et demi). La saillie formée par la tuméfaction osseuse est de six centimètres (deux pouces); elle est inégale, sa base correspond à la peau, son pédicule est large; il existe peu de douleur : cataplasmes émollients, trente sangsues; cette évacuation sanguine est répétée à la fin du premier septénaire; eau de gomme, trois quarts d'aliments, repos. Quinze jours après, compression établie avec de l'agaric et des circulaires de bande; on met en usage la pommade d'iodure de plomb. Sept semaines du traitement que nous venons d'indiquer ont suffi pour

diminuer la maladie de moitié : alors la marche est facile et n'occasionne aucune douleur ; mais le malade croit qu'il est guéri, il résiste à tous les conseils qu'on lui donne et sort de l'hôpital.

Exostose du tibia. Girardot (Jean), âgé de trente-six ans, serrurier, d'une bonne constitution, portait, depuis vingt ans, une exostose à la partie interne et inférieure de la jambe droite : la maladie s'était développée sous l'influence du vice rhumatismal ; le sujet pouvait d'ailleurs se livrer à son travail.

Vers le commencement de novembre 1831, cet homme ayant éprouvé du froid, fut soumis à un rhumatisme qui siégea sur le genou gauche : les douleurs disparurent trois mois après, mais l'articulation du pied droit avec la jambe devint immédiatement douloureuse et se tuméfia ; le volume de l'exostose augmenta aussi alors beaucoup. Le malade se soigna chez lui infructueusement pendant trois semaines ; il entra à l'hôpital de la Pitié le 24 février 1832. La partie interne et inférieure de la jambe, offre une tuméfaction osseuse dont le diamètre longitudinal est de douze centimètres (quatre pouces), et le transversal de sept centimètres cinq millimètres (deux pouces et demi) ; elle est douloureuse ; le sujet souffre aussi dans l'articulation du pied : cataplasmes émollients, cinquante sangsues, eau de gomme, demie d'aliments. Le lendemain, les douleurs sont moindres, les mouvements de la jointure plus faciles. Le 9 mars, vingt-cinq sang-

sues. Le 17, la tumeur a diminué de huit millimètres environ (trois lignes et demie) à sa partie supérieure, d'un centimètre cinq millimètres (un demi-pouce) au milieu, et d'un centimètre cinq millimètres environ (cinq lignes et demie) à sa partie inférieure.

La subinflammation ayant disparu, j'établis la compression et je fais des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. J'obtiens en six jours un centimètre deux millimètres (cinq lignes) de diminution à la partie supérieure de l'exostose, un centimètre huit millimètres environ (sept lignes) à sa partie moyenne, un centimètre environ (quatre lignes et demie) inférieurement. Le malade se porte assez bien pour demander instamment sa sortie de l'hôpital, qu'il quitte malgré nous, le 23 mars 1832. On vient de voir, qu'en somme totale, nous avons diminué sa tumeur, en vingt-huit jours, de deux centimètres environ (huit lignes et demie) supérieurement, de trois centimètres cinq millimètres (quatorze lignes) au milieu, et de deux centimètres cinq millimètres (dix lignes) inférieurement.

Exostose du tibia. Fontaine (Alexandre), âgé de dix-huit ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de la Pitié le 11 janvier 1831. Il portait sur l'extrémité inférieure du tibia gauche une exostose volumineuse, qui depuis deux ou trois mois gênait beaucoup la marche. Ce jeune homme avait été traité, cinq ans auparavant, pour une tuméfaction considérable de la jambe. On lui avait retiré du tibia plusieurs portions d'os nécrosées ;

les ouvertures qui leur donnèrent passage furent longtemps à se fermer. Lorsque nous vîmes le malade pour la première fois, l'articulation du pied avec la jambe était engorgée à son côté antérieur et interne. Il existait douleur et augmentation de chaleur sur l'exostose et sur les parties molles tuméfiées; les mouvements étaient impossibles : repos, cinquante sangsues, cataplasmes émollients; diminution notable de la tumeur. Dix jours après, quarante sangsues : nouvelle diminution; cessation complète de la douleur : frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse; compression à l'aide de compresses graduées et de circulaires de bande. Cette médication était employée depuis une quinzaine, lorsque la subinflammation reparut : quarante sangsues, cataplasmes émollients; l'élément inflammatoire disparaît immédiatement; quelques jours après, diminution totale d'un centimètre cinq millimètres (six lignes) à la partie supérieure de la tumeur osseuse, de trois centimètres (un pouce) au milieu, et de trois centimètres deux millimètres (treize lignes) inférieurement.

La compression et la pommade d'hydriodate de potasse sont continuées pendant trois mois; diminution remarquable de la tumeur. Le malade marche alors très-facilement, sans douleur. Il porte un bas lacé destiné à remédier à la déviation du pied en dehors. Dans le cours du mois de juillet, un peu de douleur, que trente sangsues font disparaître. On reprend l'usage de la compression.

Le malade sort de l'hôpital dans le courant du mois d'août ; il y rentre en septembre pour se reposer ; il en sort de nouveau le 2 décembre 1831 : la jambe est revenue à son volume normal ; elle est peut-être un peu moins grosse que celle du côté opposé : la guérison est complète ; l'articulation du pied jouit de la liberté entière et facile de tous ses mouvements.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE PREMIER VOLUME.

Pages.

Considérations sur la luette. 1

Application des sangsues suivant les localités. 14

Considérations sur les évacuations sanguines en général. . . . 23

Application du stéthoscope de Laennec au diagnostic des fractures et de quelques autres maladies. 51

Quelques considérations sur les fractures et leur traitement. . 78

Des cancers superficiels qu'on croyait profonds. 114

Quelques considérations sur le cancer. 129

Pustule maligne. 163

Levée du premier appareil appliqué sur les plaies qui ne suppurent pas encore. 183

De l'entorse. 190

Note sur le furoncle et sur la concrétion de l'humeur sébacée de la peau à la surface et dans l'épaisseur des téguments. . . 201

Brûlures. 205

Nouvelles considérations sur la saignée du bras. 258

Règles générales pour la ligature des artères, suivies de quelques observations. 271

Un mot sur l'anévrisme faux primitif. 331

Note sur la nécrose et la carie. 334

Note sur l'ophthalmie nerveuse. 359

Pages.
Tumeurs indurées et circonscrites siégeant dans l'épaisseur des paupières. 363
Règles générales pour l'extirpation et pour l'amputation des tumeurs. 368
Considérations sur le traitement de l'esthiomène ou dartre rongeante. 414
De l'injection et de la fluxion sanguines. 427
Quelques considérations sur les hernies. 433
Si les fistules peuvent produire les indurations qui les entourent, souvent les indurations peuvent aussi entretenir les fistules. 454
Les plaies pratiquées sur des tissus lardacés non squirrheux, et non parvenus à l'état pultacé, peuvent ramener ces tissus à l'état normal; des scarifications faites pour obtenir la résolution des indurations. 467
Règles générales pour les désarticulations. 485
De l'ulcère simple dit atonique. 504
Tumeurs blanches des articulations. 555
Quelques considérations sur l'exostose non vénérienne. 666

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU PREMIER VOLUME.

PARIS. — IMPRIMERIE DE FAIN ET THUNOT,
IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ ROYALE DE FRANCE,
Rue Racine, 28, près de l'Odéon.

